

PUBLICATIONS OF
THE UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND

*Dissertations in Social Sciences
and Business Studies*



UNIVERSITY OF
EASTERN FINLAND



LIISA KLEMOLA

TOIMINTAKYKYÄ KUVAAVA TIETO IKÄIHMISTEN PALVELUISSA

Tiedonhallinnan näkökulma

Toimintakykyä kuvaava tieto
ikäihmisten palveluissa
Tiedonhallinnan näkökulma

LIISA KLEMOLA

*Toimintakykyä kuvaava tieto
ikäihmisten palveluissa*

Tiedonhallinnan näkökulma

Publications of the University of Eastern Finland
Dissertations in Social Sciences and Business Studies
No 114

Itä-Suomen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden ja kauppätieteiden tiedekunta
Kuopio
2016

Grano Oy
Jyväskylä, 2016
Vastaava toimittaja Professori, FT Kimmo Katajala
Toimittaja, FM Eija Fabritius
Myynti: Itä-Suomen yliopiston kirjasto

ISBN (nid): 978-952-61-2007-2

ISSN (nid): 1798-5749

ISSN-L: 1798-5749

ISBN (PDF): 978-952-61-2008-9

ISSN (PDF): 1798-5757

Klemola, Liisa

Functional capacity information in the elderly services. Information management perspective: 191 p.

University of Eastern Finland

Faculty of Social Sciences and Business Studies, 2016

Publications of the University of Eastern Finland,

Dissertations in Social Sciences and Business Studies, no 114

ISBN (nid): 978-952-61-2007-2

ISSN (nid.): 1798-5749

ISSN-L: 1798-5749

ISBN (PDF): 978-952-61-2008-9

ISSN (PDF): 1798-5757

Dissertation

ABSTRACT

In the near future the amount of elderly people will grow rapidly in Finland. This means that closer attention needs to be paid towards the social and health care services of the elderly.

The purpose of this study is to explore how the data acquisition process is performed in elderly people services. Although the subject of the study is a burning issue in Finland, it has been little studied from the perspective of information management. The data of the study were collected between August 2014 and February 2015 in two different phases, which included interviews ($n = 22$) and a questionnaire ($n = 1,002$). The data were analyzed by qualitative and quantitative methods.

The results show that changes in the functional capacity of elderly people are generally seen as either deterioration- or sickness-oriented. The data acquisition for the purposes of the elderly care is driven by administrative purposes and the capacity testing method used in the organization. In addition, the care plans of the elderly people seem to be often out of date. The accumulated information about the elderly people and the documents based on it seem to have only little affect on the daily care of the elderly. Furthermore, the different phases of information management seem to affect each other. If information management is seen as an important part of the elderly care, the management of information on functional capacity will be more likely to succeed. Based on the results, an information management model for elderly care services was created. The model can be used in elderly care services to identify factors that could improve the quality of care from the perspective of information management.

Keywords: functional capacity, care plan, geriatric services, information management, evaluation

Klemola, Liisa

Toimintakykyä kuvaava tieto ikäihmisten palveluissa. Tiedonhallinnan näkökulma. 191 s.

Itä-Suomen yliopisto

Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta, 2016

Publications of the University of Eastern Finland,

Dissertations in Social Sciences and Business Studies, no 114

ISBN (nid): 978-952-61-2007-2

ISSN (nid.): 1798-5749

ISSN-L: 1798-5749

ISBN (PDF): 978-952-61-2008-9

ISSN (PDF): 1798-5757

Väitöskirja

ABSTRAKTI

Ikäihmisten määrä kasvaa Suomessa merkittävästi tulevien vuosien aikana, jolloin ikäihmisten palveluihin tulee kiinnittää jatkossa nykyistä enemmän huomiota.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tutkia ikäihmisten toimintakykyyn liittyvää tiedonhallintaa. Vaikka aihe on erittäin ajankohtainen, ikäihmisten palveluihin liittyvää tutkimusta on tehty erittäin vähän tiedonhallinnan näkökulmasta. Tutkimusaineisto koostuu kahdesta osasta: haastatteluista (n = 22) ja kyselystä (n = 1 002). Aineistot kerättiin elokuun 2014 ja helmikuun 2015 välisenä aikana. Aineiston analysoinnissa käytettiin laadullisia ja määrällisiä menetelmiä.

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että toimintakykyä tarkastellaan enimmäkseen negatiivisten ja sairauskeskeisten muutoksien kautta. Ikäihmisten palveluissa tarvittavan tiedon hankintaa ohjaavat usein hallinnolliset seikat sekä organisaation käyttämä toimintakyvyn arviointimenetelmä. Asiakkaiden tiedot eivät ole aina ajantasaisia. Kerättyjen tietojen ja niiden perusteella laadittujen dokumenttien merkitys ikäihmisten hoitoa ohjaavana tekijänä näyttäisi jäävän vähäiseksi. Sillä, miten hyvin eri tiedonhallinnan vaiheet toteutuvat, on vaikutusta muiden vaiheiden toteutumiseen. Mikäli tiedonhallinta koetaan tärkeäksi osaksi ikäihmisten hoitoa, toimintakykyyn liittyvä tiedonhallinta toteutuu paremmin. Tutkimustuloksien avulla kehitettiin tiedonhallinnan malli ikäihmisten palveluja varten. Mallia voidaan hyödyntää ikäihmisten palvelujen kehittämisessä ottamalla huomioon sellaiset tiedonhallintaan liittyvät tekijät, jotka vaikuttavat ikäihmisten hoidon laatuun.

Asiasanat: toimintakyky, hoito- ja palvelusuunnitelma, vanhuspalvelut, tiedonhallinta, arviointitutkimus

Esipuhe

Tämän tutkimuksen tekeminen on ollut erittäin antoisaa ja haluan kiittää työhön myötävaikuttaneita henkilöitä.

Työni ohjaajat, professori, TtT Kaija Saranto ja lehtori, FT Tuula Kivinen ansaitsevat suurkiitokset loputtoman kärsivällisestä ohjauksesta ja uskosta, että saan työn valmiiksi.

Esitarkastajille dosentti, THT Anja Norolle ja dosentti, TtT Päivi Voutilaiselle haluan osoittaa nöyrimmät kiitokset rakentavasta palautteesta, jonka ansioista sain merkittävästi parannettua työtäni. Lämpimät kiitokset dosentti Voutilaiselle myös vastaväittäjänä toimimisesta.

Haluan esittää kauneimmat kiitokset kaikille yli tuhannelle sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiselle, jotka osallistuivat haastatteluihin ja kyselyyn. Ilman teidän arvokkaita näkemyksiänne tätä tutkimusta ei olisi syntynyt.

Kiitos haastattelujen litteroinneista ja työn julkaisukuntoon saattamisesta kuuluu FM Eija Fabritiukselle, tilastollisten analyysien ohjauksesta FT Santtu Mikkoselle ja kielenhuollosta Minna Vallalle.

Tutkijakollegat ja opettajat Terveystieteiden ja -talouden laitokselta vuosilta 2004-2007. Olette kaikki olleet esikuvina minulle. Lämpimät kiitokset kaikille aikuisille naisille.

Ystäväni Maija. Haluan osoittaa Sinulle erityiskiitokset elämän ja tämän työn tuomien haasteiden ja hyvien hetkien jakamisesta.

Äiti ja isä. Kiitos Teille, että olen saanut olla teidän tyttärenne. Äiti, viime vuosina keskustelumme ovat valitettavasti olleet sangen yksipuolisia sairauksien tuomien haasteiden vuoksi. Isä, et ihan ehtinyt nähdä työtä valmiina, mutta jaksoit pitkään kysyä missä vaiheessa olen.

Elina ja Mari. Te olette aina pitäneet huolta siitä, että jalkani ovat olleet tukevasti maassa. Rakkaat kiitokset teille.

Aarno. Ilman Sinua tämä projekti ei olisi onnistunut. Olet venynyt monessa asiassa, jotta olen saanut keskittyä ajattelemiseen ja kirjoittamiseen. Kiitos Sinulle.

Kuopiossa joulukuussa 2015

Liisa Klemola

Sisällys

1 JOHDANTO	13
1.1 Tutkimuksen tausta.....	13
1.2 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	16
1.3 Tutkimusraportin rakenne	16
2 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET VALINNAT	17
2.1 Tutkimusasetelma	17
2.2 Arviointitutkimus menetelmänä	19
2.3 Tutkimuksen sijoittuminen sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan paradigmaan	21
2.4 Tutkimusympäristön kuvaus.....	23
2.5 Tutkimuksen eettiset kysymykset.....	26
2.6 Tutkimuksen ensimmäinen vaihe – haastattelut	27
2.6.1 Haastatteluteemojen laatiminen	27
2.6.2 Haastattelujen toteuttaminen.....	28
2.6.3 Haastattelujen analysointi	30
2.7 Tutkimuksen toinen vaihe – kysely	32
2.7.1 Kyselylomakkeen laatiminen	32
2.7.2 Kyselyaineiston keruu.....	34
2.7.3 Kyselyaineiston analysointi.....	36
3 TIETO JA TIEDONHALLINTA	40
3.1 Tieto ja informaatio	40
3.2 Choon tiedonhallinnan prosessimalli.....	43
4 TOIMINTAKYKY JA TIEDONHALLINTA	45
4.1 Ikäihmisten toimintakyky	45
4.1.1 Toimintakyvyn heikentyminen	49
4.1.2 Toimintakyvyn koheneminen	50
4.2 Ikäihmisten palveluja ohjaavat tekijät.....	52
4.2.1 Lainsäädäntö ja suositukset.....	52
4.2.2 Arvot toimintaa ohjaavina tekijöinä.....	54
4.3 Ikäihmisten hoitoa varten tarvittavan tiedon hankinta	61
4.4 Tiedon organisointi ja tietotuotteet.....	63
4.5 Kerätyn tiedon jakaminen ja hyödyntäminen	75
4.6 Yhteenveto teoreettisesta viitekehyksestä	79
5 TULOKSET	81
5.1 Haastattelujen tulokset	81
5.1.1 Yhteenveto haastattelujen tuloksista.....	91
5.2 Kyselyn tulokset	95
5.2.1 Yhteenveto kyselyn tuloksista	110

6 POHDINTA	118
6.1 Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden arviointi.....	118
6.1.1 Haastattelujen luotettavuus	118
6.1.2 Kyselyn luotettavuus.....	120
6.1.3 Tutkimuksen eettisyyden arviointi	124
6.2 Tulosten tarkastelu ja uutuusarvo sekä johtopäätökset.....	125
6.3 Jatkotutkimusaiheet	134
LÄHTEET	135
 LIITTEET.....	 161
LIITETAULUKOT.....	177

TAULUKOT

Taulukko 1. Yhteenvetotaulukko tutkimuksen tavoitteesta, tutkimuskysymyksistä ja -menetelmistä sekä aineistoista	19
Taulukko 2. Suomen 20 suurinta kuntaa suuralueittain ja niissä asuvien ikäihmisten määrä.	24
Taulukko 3. Haastatteluteemat.....	28
Taulukko 4. Haastateltujen jakautuminen suuralueittain.	29
Taulukko 5. Laadullisen aineiston analyysissä syntyneet pää- ja yläluokat.	32
Taulukko 6. Kyselylomakkeen teemat, sisältö ja muuttujat.....	34
Taulukko 7. Määrällisessä analyysissä mukana olleet ammattiryhmät.	37
Taulukko 8. Tiedon arvoketju Jarvaa mukaillen.....	40
Taulukko 9. Tiedon olomuodot Engeströmiä mukaillen.....	41
Taulukko 10. Schwartzin arvoteorian mukaiset arvot ja niiden sisällöt.	58
Taulukko 11. Kolme tärkeintä arvoa eri tutkimuksissa Schwartzin arvomittaria hyödyntäen.....	60
Taulukko 12. Toimintakyky SHTaL 3.0 -versiossa.	66
Taulukko 13. Asiakkaan päivittäinen avuntarve FIM-mittarilla arvioituna.	68
Taulukko 14. RAVA-mittarilla arvioitu avuntarve.	72
Taulukko 15. Laadullisen aineiston tuloksien päätelmät pääluokittain.	92
Taulukko 16. Kyselyn rinnakkaisversion A vastaanottajat ja siihen vastaajat suuralueittain.	95
Taulukko 17. Toimintakyvyn eri osa-alueiden arvioinnin tasapuolisuus arviointimenetelmittäin.	98
Taulukko 18. Summamuuttujien keskiarvot.	101
Taulukko 19. Summamuuttujien keskinäinen korrelaatio.	101
Taulukko 20. Arvioinnin ja HoPaSun ajallinen järjestys arviointimenetelmittäin.	102
Taulukko 21. Monipuolisen arvioinnin kaksisuuntainen varianssianalyysi.....	104
Taulukko 22. Summamuuttujan Laadukas arviointi ja HoPaSu kaksisuuntainen varianssianalyysi.	105
Taulukko 23. Arvioinnin hallinnollisten perusteiden kaksisuuntainen varianssianalyysi.	106
Taulukko 24. Asiakkaan/ omaisen aloitteesta tehtyjen arviointien kaksisuuntainen varianssianalyysi.	106
Taulukko 25. Kirjaamisen ja raportoinnin kaksisuuntainen varianssianalyysi.	107
Taulukko 26. Suunnitellun hoidon toteutumisen kaksisuuntainen varianssianalyysi.	108
Taulukko 27. Yhteenvedo kyselyn tuloksista mukaillen Choon mallia.	112
Taulukko 28. Osataulukko kaksisuuntaisten varianssianalyysien kovariaatteina käytettyjen summamuuttujien vaikutusten voimakkuudesta.....	115

KUVIOT

Kuvio 1. Tutkimusasetelma.	17
Kuvio 2. Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan paradigma ja tutkimuskysymykset.....	21
Kuvio 3. Suomen suuralueet.....	23
Kuvio 4. Ikäihmisten palvelujen eri muodot.....	25
Kuvio 5. Kyselyn lähetystavat ja vastaajamäärät.....	35
Kuvio 6. Tiedonhallinnan malli.....	42
Kuvio 7. ADL- ja IADL-toimintojen suhde eri toimintakyvyn osa-alueisiin.....	47
Kuvio 8. Sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueiden keskinäinen vuorovaikutus. .	49
Kuvio 9. Toimintakulttuurin kolme tasoa ja niiden keskinäinen vuorovaikutus mukaillen Scheinia.	56
Kuvio 10. Ammatillisten arvojen syntyminen Weisin ja Schankin mukaan.	56
Kuvio 11. Schwartzin arvokehä.....	59
Kuvio 12. Arvioinnin, HoPaSun ja hoitokertomuksen yhteys toisiinsa.....	64
Kuvio 13. Esimerkki asiakaskohtaisesta RehabFIM-raportista.	67
Kuvio 14. ICF-luokituksen hierarkkinen rakenne ja koodit.....	69
Kuvio 15. RAVATAR-vertailuraportti asumismuodoittain.....	73
Kuvio 16. Esimerkki asiakkaasta kerätyn tiedon hyödyntämisestä asiakkaan hoitamiseen ja johtamiseen.	78
Kuvio 17. Arvojen tärkeysjärjestys sukupuolittain.	97
Kuvio 18. Arvot tärkeysjärjestyksessä arvokehällä.	97
Kuvio 19. Summamuuttujat mukaillen Choon tiedonhallinnan mallia.....	100
Kuvio 20. Ikäihmisten palveluiden tiedonhallinnan malli.....	116

KESKEISET LYHENTEET JA SYMBOLIT

Lyhenteet

HoPaSu = hoito- ja palvelusuunnitelma

ka = keskiarvo

sd = keskihajonta

df = vapausaste

rho = Spearmanin korrelaatiokerroin

1 Johdanto

1.1 TUTKIMUKSEN TAUSTA

Ikäihmisten, yli 75 – vuotiaiden kansalaisten määrä tulee väestöennusteen mukaan yli kaksinkertaistumaan Suomessa vuoteen 2040 mennessä (Tilastokeskus, 2012). Tämä asettaa runsaasti haasteita sille, että ikäihmisten palvelut pystytään järjestämään vaikuttavasti¹ ja taloudellisesti kestävästi (Castles, 2004; STM, 2008a). (Ks. STM, 2010.)

Maailman terveysjärjestön (WHO, 2010) mukaan koko maailmassa tulee kiinnittää huomiota ikäihmisten palvelujen kehittämiseen ja heitä hoitavien ihmisten valmiuksiin. Aikaisen diagnostiikan (esimerkiksi muistisairauksien osalta) ja varhaisen puuttumisen avulla on mahdollista pidentää aikaa, jonka ikäihminen voi viettää kotonaan. Tällöin raskaampien hoitomuotojen, kuten ympärivuorokautisen hoidon, tarve vähenee. WHO on julkaissut paljon ikäihmisten huomiointia koskevia materiaaleja, esimerkiksi ikäystävällisten ympäristöjen kehittämisohjeen (WHO, 2007; Kuopio 2009). Euroopan Unionin (EU, 2012) ikäihmisten hyvinvointia koskevissa strategisissa linjauksissa esitetään kolme painopistettä: Ennaltaehkäisy, seulonta ja aikainen diagnostiikka; hoito ja parantaminen sekä aktiivinen ikääntyminen ja itsenäinen eläminen.

Kansallisella tasolla ikäihmisten palveluihin ja toimintakyvyn ylläpitoon on kiinnitetty huomiota esimerkiksi Terveyttä kaikille vuoteen 2000 – ohjelmassa (STM, 1993). Vuosina 2009-2013 toteutettu Ikäkaste-hanke pyrki luomaan eheitä palvelukokonaisuuksia ja parantamaan palvelujen laatua, saatavuutta ja vaikuttavuutta. Hankkeen tavoitteita olivat palvelurakenteiden ja –prosessien kehittäminen, asiakaslähtöisyys ja ikäihmisten osallisuus, henkilöstön osaamisen vahvistaminen ja henkilöstön saatavuus, asuin- ja elinympäristön kehittäminen toimintakykyä ja hyvinvointia tukevaksi sekä pysyvä vanhustenhuollon kehittämistyön rakenne. (Ikäkaste, 2012.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (jatkossa Vanhuspalvelulaki) (Laki 980/2012) tuli voimaan asteittain heinäkuusta 2013 alkaen. Laki määrittelee kohderyhmäksi ne henkilöt, joiden toimintakyky on alentunut iän myötä alkaneiden tai lisääntyneiden sairauksien johdosta. (STM & Kuntaliitto, 2013.) Vanhuspalvelulain (Laki 980/2012) toteutuksen seurantaan varten on kehitetty indikaattoreita. Esi-

¹ Vaikuttavuudella tarkoitetaan tässä yhteydessä sitä, että ikäihmiselle annetut palvelut ovat ylläpitäneet hänen toimintakykyään tai vaikuttaneet siihen myönteisesti, toisin sanoen ikäihminen on hyötynyt palveluista (ks. Rautava ym., 2009).

merkiksi palvelujen toimivuutta kartoitetaan seuraamalla 75-vuotiaiden lakisääteisten palvelutarpeen arviointien toteutumisella. Myös toimintakyky ja sen arviointi kuuluvat seurattaviin asioihin. (THL, 2013a.) Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto (STM, 2013) on antanut laatusuosituksen ikäihmisten hoidosta, jonka toteutumista on seurattu suunnitelmallisesti ainakin 2000-luvun alusta alkaen (ks. Voutilainen, 2007).

Jotta ikäihmiselle pystytään järjestämään juuri hänen tarpeisiinsa vastaava palvelukokonaisuus (EU, 2010) täytyy asiakkaan voimavarat ja toimintakyky huomioida (Päivärinta & Haverinen, 2002). Ikäihmisten fyysiset, psyykkiset, kognitiiviset sekä sosiaaliset palvelutarpeet tulee selvittää monipuolisesti ja luotettavia arviointimenetelmiä käyttäen (Laki 980/2012). Myös ympäristötekijöiden, kuten asunnon mukavuuksien, vaikutus palvelutarpeisiin arvioidaan. (STM, 2008a.) Palvelusuunnittelun apuna voidaan käyttää luotettavia toimintakyvyn arviointiin sekä palvelutarpeen määrittämiseen kehitettyjä arviointimenetelmiä (Hallila, 1998; Päivärinta & Haverinen, 2002; Laki 980/2012). Palvelukokonaisuutta suunniteltaessa asiakkaalle laaditaan yhteistyössä asiakkaan (Kivelä, 1985) ja / tai hänen omaistensa kanssa moniammatillinen kirjallinen hoito – ja palvelusuunnitelma² (jatkossa HoPaSu) (Laki 812/2000; Päivärinta & Haverinen, 2002; ks. myös DeMeester ym., 1994).

Tieto toimintakyvystä on HoPaSun peruste (Laki 980/2012) ja se tulee laatia mahdollisimman konkreettiseksi, jotta sen toteuttaminen ja arviointi käytännössä on helpompaa (Rosendahl, 2001; Voutilainen, 2004). HoPaSua muokataan asiakkaan tarpeiden tai käytettävissä olevien voimavarojen muuttuessa (Päivärinta & Haverinen, 2002; ks. DeMeester ym., 1994). HoPaSut eivät kuitenkaan ole aina ajantasalla (Pöyry & Perälä, 2003; Vaarama ym., 2006).

Asiakkaista kerättyä tietoa, kuten toimintakyvyn arviointitulokset ja HoPaSu, voidaan hyödyntää eri tasoilla: asiakas- ja organisaatiotasolla (Päivärinta & Haverinen, 2002; ks. myös Cooney & Fries, 1985; Schneider ym., 1988; Fries, 1990; Morris ym., 1990; Choo, 2001; Curry & Moore, 2003). Asiakastasolla HoPaSua voidaan hyödyntää asiakkaan hoidolle laadittujen tavoitteiden toteutumisen seurannassa (Vähäkangas ym., 2005; THL, 2014g). Organisaatiotasolla tietoja voidaan hyödyntää esimerkiksi henkilöstön koulutustarpeiden tunnistamisen, resurssoinnin tukena (Björkgren, 2002), laskutusperusteena (Cooney & Fries, 1985; Schneider ym., 1988; Fries, 1990) ja kustannusten seuraamisessa (ks. myös Carpenter ym., 1997; Heikkilä ym., 2013; Kivinen & Lammintakanen, 2013). Eri-laisten tietotarpeiden tunnistaminen (Choo, 2001) ja tietojen hyödyntäminen on erittäin tärkeä tekijä organisaation toiminnan onnistumisessa (Curry & Moore, 2003).

Asiakkaista kerätyn tiedon hyödyntäminen hoitamisessa on kuitenkin usein puutteellista (Voutilainen, 2004; Klemola, 2006; Kossman & Scheidenhelm,

² Kalpan ja Kuusisto-Niemen (1997) määritelmän mukaan HoPaSu on palveluprosessin tai se osan toteuttamista varten tehty suunnitelma, joka laaditaan yhdessä asiakkaan kanssa, ja se perustuu asiakkaan palvelutarpeen selvittämisen perusteella saatuihin tuloksiin.

2008). Pahimmillaan tietojen vähäinen hyödyntäminen voi johtaa jopa virheisiin hoitamisessa (MacIntosh-Murray & Choo, 2006). Myös johtamistarkoitukseen jalostettuja tietoja hyödynnetään usein vähän. Tämä voi johtua useista tekijöistä, joita ovat esimerkiksi negatiiviset asenteet tietojärjestelmiä kohtaan ja motivaation puute. (Kivinen & Lammintakanen, 2013.) Myös tietojen ei-ajantasaisuus ja riittämätön sisältö vähentävät tietojen hyödyntämistä (Lammintakanen ym., 2010). Jotta johtamista varten saadaan laadukasta tietoa, tulee alkuperäisenkin tiedon olla laadukasta ja ajantasaista (Hedelin & Allwood, 2002; Curry & Moore, 2003).

Ikäihmisten palvelujen toteutumista tiedonhallinnan näkökulmasta on tutkittu vähän. Tutkimustietoa on saatavilla esimerkiksi siitä, mitä tietoja lähetteiden tulisi sisältää silloin kun ikäihminen siirretään akuuttihoidosta kotiin tai palvelukotiin (ks. King & Macmillan, 1994; Robinson & Street, 2004; Allen ym., 2014). Samoin kansainvälistä kirjallisuutta hoitajien arvojen vaikutuksesta ikäihmisten hoitoon on vähän. Ylisen (2008) mukaan kirjallisuutta on, mutta se keskittyy arvojen toteutumiseen (esimerkiksi itsemääräämisoikeuden) ikäihmisten kohdella ja hoidossa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tutkia ikäihmisten palvelujen tiedonhallinnan toteutumista. Tutkimuksen kohderyhmänä ovat toimintakykyarviointeja tekevät, asiakasta hoitavat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, lähiesimiehet sekä ylemmät esimiehet julkisella ja yksityisellä sektorilla.

Tässä tutkimuksessa termiä asiakas (Laki 811/2000) käytetään myös silloin, kun puhutaan potilaasta tai asukkaasta. Sana henkilö viittaa ikäihmisiin, kun he eivät ole vielä palvelujärjestelmän asiakkaita. Ikäihmisillä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa yli 63-vuotiaita (Laki 980/2012). Henkilöllä voidaan tarkoittaa myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaista. Käsite määreytyy aiheyyhteyden perusteella.

1.2 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tutkia ikäihmisten toimintakykyyn liittyvää tiedonhallintaa. Tutkimuksen kohderyhmä on ikäihmisten palveluissa työskentelevät hoitajat.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten ikäihmisten parissa työskentelevät hoitajat määrittelevät toimintakyvyn?
2. Miten toimintakykyyn liittyvä tiedonhankinta toteutuu ikäihmisten palveluissa?
3. Miten tiedonhallinta ikäihmisten palveluissa toteutuu?
4. Miten erilaisia tiedonhallinnan tapoja ikäihmisten palveluissa voidaan selittää?

Tutkimuksen tavoitteena on myös kehittää tiedonhallinnan malli ikäihmisten palveluja varten. Tiedonhallinnan mallin avulla voidaan kehittää ikäihmisten toimintakykyyn perustuvan hoidon suunnittelua, sen toteutusta ja toteutumisen arviointia.

1.3 TUTKIMUSRAPORTIN RAKENNE

Seuraavassa luvussa kuvataan tutkimuksen metodologiset valinnat, joihin lukeutuvat tutkimusasetelma sekä tutkimuksen sijoittuminen sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon tutkimusperinteeseen. Luku jatkuu tutkimusympäristön kuvauksella, jonka jälkeen käsitellään tutkimuksen eettisiä kysymyksiä. Lisäksi tässä luvussa kuvataan tutkimusmenetelmät, aineistojen hankinta sekä analysointi.

Luvussa 3 määritellään mitä tieto on sekä esitetään Choon tiedonhallinnan prosessimalli. Luvussa 4 käsitellään toimintakykyyn liittyvää tietoa tiedonhallinnan mallin kautta.

Luku 5 sisältää tutkimuksen tulokset. Tässä vaiheessa tulokset käsitellään Choon tiedonhallinnan prosessimallin mukaisesti.

Pohdinta (luku 6) alkaa tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelulla. Tämän jälkeen tutkimustuloksia tarkastellaan tutkimuskysymyksittäin jäseneltynä. Lopuksi pohditaan tutkimustulosten uutuusarvoa ja esitetään jatkotutkimusaiheet.

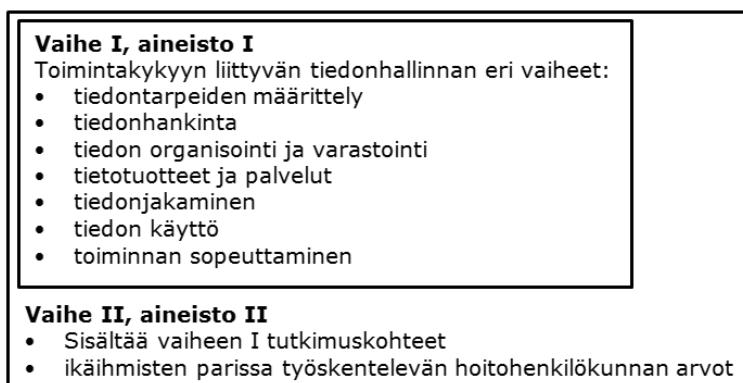
2 Tutkimuksen metodologiset valinnat

2.1 TUTKIMUSASETELMA

Tutkimusasetelma muodostui asteittain, ja Kuvio 1 kuvaa lopullista asetelmaa. Aihetta lähestytään tarkastelemalla sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten toimintaa, joka liittyy ikäihmisten toimintakykyä koskevaan tiedonhallintaan. Tutkimusasetelmaa rakennettaessa hyödynnettiin myös Suomen lainsäädäntöä, suosituksia (ks. STM, 2013) ja kirjallisuudesta esille nousseita tekijöitä.

Koko kohderyhmälle³ esitettiin samat haastatteluteemat ja kysymykset: myös esimiehet kertoivat näkemyksensä asiakkaan palvelujen toteuttamisen näkökulmasta, ei esimerkiksi johtamisen liittyvien asioiden kautta. Tutkimus toteutettiin kahdessa vaiheessa.

Ensimmäisessä vaiheessa (Aineisto I) tutkimuskohdetta lähestyttiin teoriapohjaisesti Choon (1998) mallin pohjalta. Tutkija koki, että täysi ymmärrys tutkittavasta aiheesta olisi ollut mahdoton saavuttaa suoraan määrällisellä lähestymistavalla (ks. Carter, 1985). Niinpä aineistonkeruu päätettiin aloittaa haastatteluilla (Aineisto I) tutkijan esiympäristön lisäämiseksi (ks. Turunen, 1995; Hirsjärvi, 2000). Haastatteluaineistoa analysoidessaan tutkija huomasi, että tutkittavaan ilmiöön kuuluvat myös sellaiset arvot, jotka eivät välttämättä näy tutkimuksen kohderyhmän arjessa, mutta vaikuttavat kohderyhmän toimintaan.



Kuvio 1. Tutkimusasetelma.

³ Kohderyhmäksi valittiin työntekijät ja heidän esimiehensä siksi, että he tuntevat parhaiten, kuinka tutkimuksen kohteena olevat asiat toteutuvat (ks. Lumijärvi, 1994; Scriven, 1997; McDonagh & Coghlan, 2001).

Tutkimuksen toinen vaihe (Aineisto II) pyrki vastaamaan edellisen lisäksi myös siihen, miten arvot vaikuttavat hoitajien toimintaan (ks. Ahlman, 1920; Rokeach, 1972). Arvoja tarkastellaan Schwartzin arvoteorian kautta. Alkuperäisessä Schwartzin arvomittarissa on 57 osiota. Tässä tutkimuksessa keskitytään kymmeneen tiivistettyyn arvoon. (Ks. Puohiniemi, 1995; Puohiniemi, 2002).

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden toimintakykyä ei tässä tutkimuksessa mitata. Tutkimuksen toinen vaihe toteutettiin survey-tutkimuksena (ks. UTA, 2004; Järvinen & Järvinen, 2011). Robsonin mukaan survey-tutkimuksen avulla pystytään kuvaamaan, vertaamaan ja selittämään tutkimuskohdetta (Hirsjärvi, 2000).

Tutkimuksessa käytettiin siis aineistotriangulaatiota (ks. Robson, 2001; Tuomi & Sarajärvi, 2002; Kylmä & Juvakka, 2007), koska sillä mahdollista hahmottaa paremmin tutkimuksen kohteena oleva moniulotteinen kokonaisuus kuin yhdellä yksittäisellä aineistolla (ks. Lukkarinen & Lepola, 2003). Lisäksi tutkimuksessa käytettiin menetelmätriangulaatiota (ks. Eskola & Suoranta, 2001; Kylmä & Juvakka, 2007), koska eri aineistot analysoidaan eri tavoin käyttäen niin laadullisia kuin määrällisiä menetelmiä.

Toimintakykyyn liittyvällä tiedolla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa eri arviointimenetelmillä saatua tietoa ikäihmisen toimintakyvystä, hoito- ja palvelusuunnitelmaan siirtynyttä tietoa toimintakyvyn osalta sekä muita asiakkaan päivittäiseen suoriutumiseen liittyviä merkintöjä, esimerkiksi hoitokertomusta tai viestivihkoja.

Taulukkoon 1 on koottu tutkimuksen tavoite, tutkimuskysymykset ja -menetelmät sekä aineistot. Lisäksi taulukossa esitetään esimerkkejä tutkimuskysymysten sisällöstä. Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen aineistosta saadaan vastauksia tutkimuskysymyksiin 1–3 ja toisen vaiheen aineistosta (kysely) kysymyksiin 1–4.

Taulukko 1. Yhteenvetotaulukko tutkimuksen tavoitteesta, tutkimuskysymyksistä ja -menetelmistä sekä aineistoista.

Tutkimuk- sen tavoite	Tämän tutkimuksen tavoitteena on tutkia ikäihmisten toimintakykyyn liittyvää tiedonhallintaa			
Tutkimus- kysymyk- set	1. Miten ikäihmisten parissa työskentelevät hoitajat määrittelevät toimintakyvyn?	2. Miten toimintakykyyn liittyvä tiedonhankinta toteutuu ikäihmisten palveluissa?	3. Miten tiedonhallinta ikäihmisten palveluissa toteutuu?	4. Miten erilaisia tiedonhallinnan tapoja ikäihmisten palveluissa voidaan selittää?
Esimerkkejä tutkimuskysymyksen sisällystä	<ul style="list-style-type: none"> • Miten toimintakyky käsitetään. • Toimintakyvyn eri osaluoiden tasapuolinen arviointi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Toimintakyvyn arviointimenetelmät. • Arviointien toteuttaminen. • Arvioinnin ja HoPaSun ajallinen järjestys. • Tiedon laatuun liittyvät tekijät. 	<ul style="list-style-type: none"> • Toimintakykyyn liittyvän tiedon säilyttäminen, jakaminen ja saatavuus. • Kerätyn tiedon hyödyntäminen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiedonhallinnan tapoja selittävien tekijöiden etsiminen.
Tutkimus- menetelmät	Haastattelututkimus: laadullinen. Kyselytutkimus: määrällinen ja laadullinen.	Haastattelututkimus: laadullinen. Kyselytutkimus: määrällinen ja laadullinen.	Haastattelututkimus: laadullinen. Kyselytutkimus: määrällinen ja laadullinen.	Kyselytutkimus: määrällinen ja laadullinen.
Aineistot	Haastattelut (N=22). Kysely (N=1 002)	Haastattelut (N=22). Kysely (N=1 002)	Haastattelut (N=22). Kysely (N=1 002)	Kysely (N=1 002)

Tässä tutkimuksessa sovellettu Choon (1998, 2001) tiedonhallinnan malli sisältää useita vaiheita (ks. luku 3) mukaan lukien tiedonhankinta-vaiheen. Tiedonhankinta-vaiheen toteutuminen on otettu erilliseksi tutkimuskysymykseksi, koska vaiheen sisältö painottuu teoreettisessa osuudessa.

2.2 ARVIOINTITUTKIMUS MENETELMÄNÄ

Arviointitutkimuksessa voidaan arvioida asioita useasta eri näkökulmasta: Sinkkonen ja Kinnunen (1994) kuvaavat useita lähestymistapoja. Näitä ovat esimerkiksi standardi- ja normiperusteinen arviointi, tavoiteperusteinen arviointi ja teoriaperusteinen arviointi. Robsonin (2001) mukaan arviointinäkökulmina voi olla esimerkiksi toteutetun intervention kustannuksien arviointi suhteessa intervention hyötyyn. Arviointia voidaan toteuttaa myös kehittämistarkoituksessa tai siksi, että halutaan lisätä ymmärrystä tutkimuksen kohteena oleviin asioihin vaikuttavista tekijöistä. Øvretveitin (1998) mukaan arvioinnin tyyppejä ovat esimerkiksi toteuttavuuden, prosessin tai tulosten arviointi. Arviointitut-

kimuksen näkökulmia on siis useita ja ne voidaan määritellä monin tavoin. Eri näkökulmia ei voi täysin erottaa toisistaan (Chelimsky, 1997).

Eri määritelmiä yhdistää kuitenkin se, että tutkittava kohde arvotetaan ⁴ ja tutkimusaineiston avulla tutkitaan kuinka asia toteutuu verrattuna siihen (Øvretveit, 1998). Tämä myös erottaa arviointitutkimuksen muista tutkimusotteista. (Sinkkonen & Kinnunen, 1994.)

Arviointitutkimuksen tavoitteena voi olla esimerkiksi suunnittelun ja päätöksenteon, oppimisen tai uudistusten edistäminen. (Sinkkonen & Kinnunen, 1994; ks. myös Friedman & Wyatt, 1997; Chelimsky, 1997; Robson, 2001.) Sinkkonen ja Kinnunen (1994) mukaan arviointitutkimuksen tavoitteena on tuottaa suoraan soveltamiskelpoista tietoa. Tämän tutkimuksen kohderyhmänä oleva henkilöstö on yksi toiminnan avainryhmä ja tulokset koskevat myös heitä (ks. Scriven, 1997). Koska henkilöstö pääsee esittämään näkökantansa asiaan, tuloksien hyödyntäminen käytännössä voi olla helpompaa. (Ks. Robson, 2001.)

Sinkkonen ja Kinnunen (1994) mukaan tavoiteperusteisen arviointitutkimuksen heikkouksia on arvioitavien tavoitteiden määrittely. Tässä arviointitutkimuksessa tavoitteiden toteutumista arvioidaan vertaamalla lainsäädännön, suositusten sekä kirjallisuudessa hyväksi havaittujen käytänteiden toteutumista kohderyhmän kokemukseen arkitodellisuudesta. Koska tämän tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa toiminnan kehittämistä varten, tutkimusta voidaan luonnehtia metodologisesti tavoiteperusteiseksi arviointitutkimukseksi. (Ks. Sinkkonen & Kinnunen, 1994.) Lähestymistavasta johtuen tämän tutkimuksen tiedonintressi on praktinen (ks. Friedman & Wyatt, 1997; Anttila, 1998).

Arviointitutkimuksessa käytetään samoja aineiston keruu- ja analysointimenetelmiä kuin perustutkimuksessakin (ks. Øvretveit, 1998). Usein arviointitutkimuksessa kuitenkin käytetään useita erilaisia aineistoja ja analyysimenetelmiä (Coombes, 2003), jolloin puhutaan aineisto- ja menetelmätriangulaatiosta⁵. (Clarke, 2000.)

Tutkimuksessa käytetyn kirjallisuuden tiedonhaku ei ollut systemaattinen. Tiedonhaku tehtiin Itä-Suomen yliopiston kirjaston informatiikon ohjauksessa eri hakusana-yhdistelmillä⁶ Scopus- tietokannasta⁷. Hakujen tulokset järjestettiin relevanssin mukaan. Artikkeleiden sopivuutta tämän tutkimuksen kontekstiin

⁴ Sinkkonen ja Kinnunen (1994) kuvaavat, että arviointikriteerit muodostetaan arvoista, myös silloin, kun kyse on tavoitteiden arvioinnista (ks. myös Robson, 2001). Tässä tutkimuksessa käsiteltä *arvo* ei käytetä tässä yhteydessä, jotta käsite ei sekoitu Schwartzin arvoteoriassa kuvattun vastaavan käsitteen kanssa.

⁵ Ks. Eskola & Suoranta, 2001; Kylmä & Juvakka, 2007.

⁶ Erilaisia hakufraaseja kokeiltiin yhteensä 41. Esimerkki hakufraasista: (KEY(elder* w/2 care) OR KEY(elder* w/2 service*) OR KEY(service* w/2 aged) OR KEY(care w/2 aged) AND TITLE-ABS-KEY(information*) AND TITLE-ABS-KEY(use* OR usage* OR utiliz* OR utilis*) AND TITLE-ABS-KEY(personnel OR staff) AND TITLE-ABS-KEY("daily activit*" OR "daily living" OR coping OR capacit* OR abilit*)).

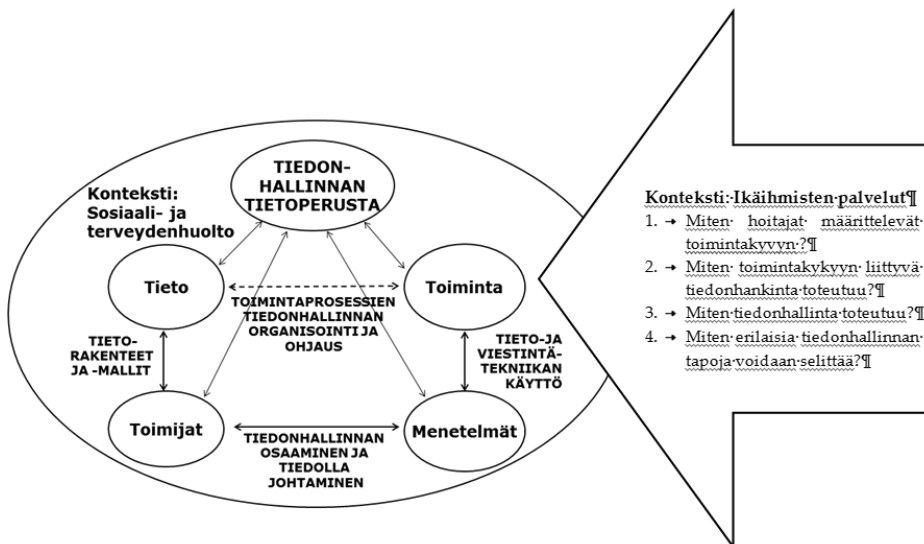
⁷ Scopus-tietokanta on monialainen viittaus- ja tiivistelmätietokanta. Tietokannan aihealueita ovat biotieteet, lääke- ja terveystieteet, fysikaalisten tieteet sekä yhteiskunta- ja käyttäytymistieteet. (Neliportaali, 2014.)

arvioitiin tiivistelmien perusteella. Haut eivät kuitenkaan tuottaneet sisällöltään tähän tutkimukseen sopivaa lähdemateriaalia kuin muutaman artikkelin. Tästä syystä tiedonhaussa käytettiin lumipallomenetelmää (EUR, 2014), jossa lähdettiin seuraamaan esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton suosituksen (STM, 2013), artikkeleiden ja kirjojen lähteitä ja niiden lähteitä. Hyvin usein päädyttiin eri lähteitä seuraamalla samaan lähdemateriaaliin.

2.3 TUTKIMUKSEN SIJOITTUMINEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON TIEDONHALLINNAN PARADIGMAAN

Kuhnin (1994) mukaan kunkin tieteenalan paradigma antaa tieteelle kriteerit tärkeistä tutkimuskohteista, välineet tutkimusongelmiin sekä kriteerit arvioida tutkimuksessa todettuja ratkaisuehdotuksia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan paradigma koostuu keskinäisessä vuorovaikutuksessa olevista tiedosta, toimijoista, menetelmistä ja toiminnasta (ks. Kuvio 2). Tiedonhallinnan tietoperusta rakentuu mainituista osatekijöistä. (Saranto & Kuusisto-Niemi, 2012.)



Kuvio 2. Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan paradigma (Saranto & Kuusisto-Niemi, 2012) ja tutkimuskysymykset.

Tässä tutkimuksessa **toimijat** ovat sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan jäseniä, jotka osallistuvat potilaan hoitoon välittömästi tai välillisesti (Graves & Corcoran, 1989). Toimijoita ovat myös sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat ja heidän omaisensa, jotka usein haluavat osallistua aktiivisesti hoitoa koskevaan päätöksentekoon (Koskinen, 2003; EU, 2010). Lisäksi myös kolmannen sektorin edustajat ovat toimijoita. Goossenin ja työryhmän (1997) mukaan myös toimintaa ohjaavat henkilöt ovat toimijoita. Tässä tutkimuksessa käytetään termiä *asia-*

kas (Laki 811/2000) silloin, kun kuvataan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan, potilaan tai asukkaan ja ammattilaisten välistä vuorovaikutusta. Sana *henkilö* viittaa ikäihmisiin, jotka eivät ole vielä palvelujärjestelmän asiakkaita.

Tieto tarkoittaa tässä yhteydessä esimerkiksi hoitajien tuottamaa tietoa asiakkaan toimintakyvystä ja toimintakykytiedon perusteella laadittua hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Gardnerin ja työryhmän (2009) mukaan tiedon joustava hyödyntäminen edellyttää, että tieto on kerätty mahdollisimman strukturoidussa muodossa. Näin ollen tässä yhteydessä esimerkiksi toimintakyky kuvataan numeraalisessa muodossa. Koska palvelujen myöntämisen tai eväämisen perusteena ei koskaan saa olla arviointimenetelmän antama lukema (Valvanne, 2007), tulee tietoa yksittäisen asiakkaan toimintakyvystä hankkia kokonaisvaltaisesti (Laine, ym., 2007; Mäkelä, ym., 2013).

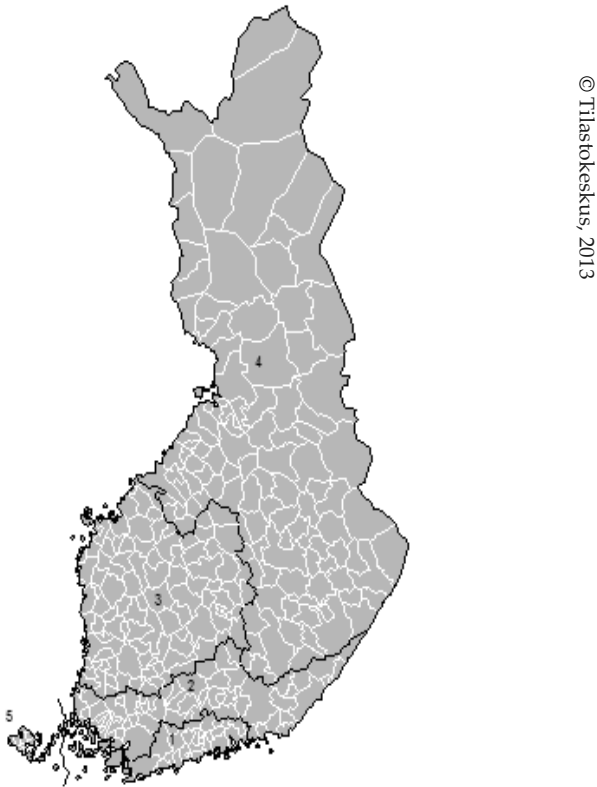
Toiminta on yksittäisen asiakkaan toimintakyvyn arviointia ja arviointitulosten perusteella tapahtuvaa yksittäisen asiakkaan palvelujen suunnittelua. Myös asiakkaan päivittäinen hoitaminen on toimintaa. Lisäksi toiminta on jatkuvaa asiakkaan HoPaSun toteutumisen arviointia. (ks. Graves & Corcoran, 1989.)

Menetelmät ovat teknisiä tai sosiaalisia toimintatapoja, jotka liittyvät toiminnassa syntyneiden tietojen käsittelyyn ja hyödyntämiseen (Eysenbach, 2000). Tässä yhteydessä menetelmä tarkoittaa toimintakyvyn arviointimenetelmää, sekä paperilomaketta tai hoitokertomusta, johon toimintakykyä kuvaava tieto kerätään myöhempää hyödyntämistä varten. Myös muut tiedon tallennustavat, kuten erilaiset viestivihkot, lasketaan menetelmiksi.

Tämä tutkimus sijoittuu sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan paradigmassa toimijoiden keräämään tietoon ja erilaisten tiedonkeruumenetelmien hyödyntämiseen toiminnassa. Tutkimuksessa käsitellään myös toimijoiden käyttämän tiedon keräämistä ja hyödyntämistä. Lisäksi tarkastellaan sitä, miten tietoa käytetään yksittäisen asiakkaan HoPaSun laatimiseen ja hoitoa ohjaavana asiana. Tutkimuksessa etsitään myös tiedon hyödyntämistä selittäviä tekijöitä. Lisäksi tutkimuksen voidaan sanoa kohdistuvan tiedonhallinnan organisointiin ja ohjaukseen, koska tavoitteena on kehittää tiedonhallinnan malli.

2.4 TUTKIMUSYMPÄRISTÖN KUVAUS

Tutkimus kohdennettiin 20:een asukasluvultaan Suomen suurimpaan kuntaan (Kuntaliitto, 2014a), joita olivat Helsinki, Espoo, Tampere, Vantaa, Oulu, Turku, Jyväskylä, Kuopio, Lahti, Kouvola, Pori, Joensuu, Lappeenranta, Hämeenlinna, Vaasa, Rovaniemi, Seinäjoki, Kotka, Mikkeli sekä Salo (ks. Kuvio 3). Kunnat sijoittuvat Suomen viidelle suuralueelle (Tilastokeskus, 2013) Taulukon 2 mukaisesti.



Kuvio 3. Suomen suuralueet (Tilastokeskus, 2013).

Suuralueita on yhteensä viisi, mutta Ahvenanmaata ei ole huomioitu tutkimuksessa, koska sen kunnat eivät yltäneet asukaslukunsa perusteella 20 suurimman kunnan joukkoon. Tutkija päätyi valittuihin 20 kuntaan siksi, että otoksesta saataisiin kattava. Lisäksi valittujen kuntien muodostama ryhmä on selkeä kokonaisuus, ja sitä hyödynnetään esimerkiksi Suomen Kuntaliiton toteuttamassa tuottavuusvertailussa (Kuntaliitto, 2014a).

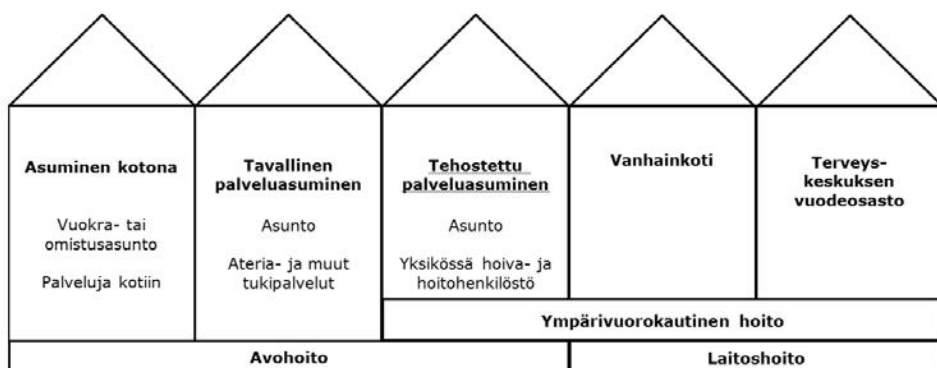
Taulukko 2. Suomen 20 suurinta kuntaa suuralueittain (Tilastokeskus, 2013) ja niissä asuvien ikäihmisten määrä (Sotkanet, 2014).

Suuralue	Suuralueiden 20 suurinta kuntaa	Mukana olevien kuntien ≥ 63-vuotiaat (n)
1. Helsinki-Uusimaa	Helsinki, Espoo, Vantaa	186 981
2. Etelä-Suomi	Turku, Lahti, Kouvola, Lappeenranta, Hämeenlinna, Kotka, Salo	93 778
3. Länsi-Suomi	Tampere, Jyväskylä, Pori, Vaasa, Seinäjoki	116 255
4. Pohjois- ja Itä-Suomi	Oulu, Kuopio, Joensuu, Rovaniemi, Mikkeli	94 505
Yhteensä		491 519

Tutkija varmisti ennakkoon kaupunkien verkkosivuilta, että kaupungeissa on käytössä eri arviointimenetelmiä toimintakyvyn arviointiin. Esimerkiksi Tampereen kaupunki käyttää yhtenä menetelmänä palvelutarpeen arvioinnissa RAI-arviointijärjestelmää (Tampere, 2014) ja Kuopion kaupunki RAVA-mittaria (Kuopio, 2014). Kouvolan kaupunki käyttää sekä RAI-järjestelmää että RAVA-mittaria (Kouvola, 2014). Lisämenetelminä kokonaisvaltaisen toimintakyvyn arvioinnissa voidaan käyttää esimerkiksi alkoholin käyttöä kuvaavaa Audit-mittaria (THL, 2014f) ja yli 65-vuotiaille suunnattua voimavaramittaria, kuten Huuhvanainen ja työryhmä (2010) ovat kuvanneet.

Tutkimus kohdistui ikäihmisten erimuotoisiin palveluihin: kotihoitoon, tavalliseen palveluasumiseen, tehostettuun palveluasumiseen ja laitoshoitoon. Kotihoidolla tarkoitetaan tässä yhteydessä hoivapalvelua, jossa yhdistyy tarvittava kotipalvelu ja kotisairaanhoidon palvelu (THL, 2005; ks myös Laki 1301/2014). Kotipalvelulla tarkoitetaan esimerkiksi asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon, toimintakyvyn ylläpitoon, sekä muihin jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista (Laki 1301/2014). Kotisairaanhoidon on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäistä potilaan asuinpaikassa, kotona tai siihen verrattavassa paikassa moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua (Laki 1326/2010). (Ks. myös STM, 2013.)

Palveluasumisella tarkoitetaan asumismuotoa, jossa palvelujen tuottaja tarjoaa asiakkaalle palvelukokonaisuuden, johon kuuluu vakituisen oman asunnon lisäksi jokapäiväiseen selviytymiseen liittyvää apua. Palveluasuminen voi olla myös tehostettua, jolloin henkilökunta on saatavilla vuorokauden ympäri. (THL, 2005; Laki 1301/2014.) Kotihoito ja palveluasuminen luetaan avohoidon palveluiksi (ks. Kuvio 4). (Ks. Kuntaliitto, 2012.)



Kuvio 4. Ikäihmisten palvelujen eri muodot (Kuntaliitto 2012; Virnes, 2012).

Laitoshoido on hoidon ja kuntouttavan toiminnan järjestämistä jatkuvaa hoitoa antavassa sosiaalihuollon toimintayksikössä (ks. THL, 2014h). Laitospalveluja voidaan järjestää lyhytaikaisesti tai jatkuvasti, päivisin, öisin tai ympärivuorokautisesti. (Laki 1301/2014.) Laitushoido voidaan toteuttaa vanhainkodissa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla (STM, 2013). (Ks. myös Kuntaliitto, 2012.)

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto on asettanut tavoitteeksi, että vuoteen 2017 mennessä yli 75-vuotiaista asui kotona 91-92 prosenttia. Säännöllisen kotihoidon asiakkuuksien määräksi on asetettu 13-14 prosenttia ja omaishoidon tuen saajien määräksi 6-7 prosenttia. Tavoitteena on, että tehostettua palveluasumista tarvitsisi 6-7 prosenttia yli 75-vuotiaista ja laitushoidoa 2-3 prosenttia. (STM, 2013.) Kansallisena tavoitteena on, että ikäihmisten laitushoidoa vähennetään ja palveluasumisen osuutta lisätään, jolloin kolmiportaisesta ympärivuorokautisen hoidon mallista siirrytään yksiportaiseen malliin (STM, 2011).

Laitospaikkojen määrää on viime vuosina onnistuttu vähentämään, mutta edelleen vuonna 2013 suuri osa pitkäaikaishoidoa tarvitsevista henkilöistä ei ollut toimintakykyyn nähden parhaassa paikassa (Mikkola ym., 2015). Mäkelän ja työryhmän (2014) mukaan eri hoitomuodoissa olevien ikäihmisten määrä vaihtelee kunnittain tarjolla olevien asiakaspaikkojen mukaan: Ikäihmisistä ne, joiden kognitiivinen ja arkisuriutuminen on hyvällä tasolla, asuvat pääsääntöisesti kotona. Ne asiakkaat, joilla sekä kognitio, että arkisuriutuminen on heikkoa, ovat pääasiassa ympärivuorokautisten palvelujen (tehostettu palveluasuminen ja laitushoido) piirissä.

Käytännössä tutkimuksen kohderyhmä työskentelee siis hyvin erilaisissa ympäristöissä, joissa kaikissa on tarkoituksena antaa asiakkaalle juuri hänen tarpeisiinsa suunniteltua hoitoa ja hoivaa, joka perustuu asiakkaan toimintakykyyn. Kaikissa ympäristöissä pyritään kodinomaisuuteen (ks. Laki 1301/2014).

Koko maassa ikäihmisten palveluissa työskenteli vuonna 2013 Tilastokeskuksen (2008) toimialaluokituksen mukaan jaoteltuna yhteensä 37 335 hoitajaa, joihin on laskettu sairaanhoitajat, lähihoitajat, fysioterapeutit ja terveydenhoitajat. Jos määrästä jätetään pois laitoksissa (sairaalat, vanhainkodit) työskentelevät hoitajat, jää jäljelle 24 431 hoitajaa (THL, 2014e).

THL:n mukaan tutkimuksen kohteena olleilla paikkakunnilla työskenteli vanhuspalveluissa vuonna 2013 yhteensä 27 270 henkilöä. Mukana laskennassa ovat ne julkisen ja yksityisen sektorin yksiköt, jotka ovat Tilastokeskuksen (2008) toimialaluokituksen mukaan luokiteltu kotihoitoon (sis. myös vammaispalveluissa työskentelevät hoitajat), laitoshoitoon ja palveluasumiseen. Kotihoidon ja palveluasumisen paikoissa näissä 18 mukana olleessa kunnassa oli yhteensä hieman alle 10 000 hoitajaa. (Ailasmaa, 2015.)

Tutkimusluvan antaneiden kuntien osalta otos edusti 31.12.2013 väestötilanteen mukaan noin 2 509 449 henkilön väestöpohjaa (ks. Tilastokeskus, 2014). Näistä asukkaista yli 63-vuotiaita henkilöitä oli 491 519, joka on 41 prosenttia koko maan yli 63-vuotiaista ($n=1\,211\,940$) (Sotkanet, 2014).

2.5 TUTKIMUKSEN EETTISET KYSYMYKSET

Tutkimuksen kaikissa vaiheissa tulee huomioida eettiset kysymykset mahdollisimman tarkasti alkaen tutkimussuunnitelman laatimisesta päättyen tutkimuksen raportointiin (ks. Kuula, 2006). Kolme keskeisintä periaatetta eettisissä kysymyksissä ovat tutkimukseen osallistuvien itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, heidän vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyys ja tietosuojat (UEF, 2014).

Itsemääräämisoikeus tarkoittaa käytännössä esimerkiksi tutkimuksesta tiedottamista siten, että mahdollisella tutkimukseen osallistujalla on riittävät tiedot tutkimuksesta, jotta hän voi päättää osallistumisesta (UTA, 2013). Tutkimuksesta laaditaan tiedote, jossa tulee korostaa vapaaehtoisuutta ja anonymiteettiä (ks. Maas & Polansky, 1960; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006). Tiedotteen tulee sisältää tutkijan yhteystiedot, tutkimuksen aihe, aineistonkeruun konkreettinen toteutustapa ja arvioitu osallistumiseen kuluva aika. Lisäksi on kuvattava aineiston käyttötarkoitus, säilytys ja jatkokäyttö. Tiedotteeseen tulee kirjata myös osallistumisen vapaaehtoisuus. Kun osallistuja on päättänyt osallistua tutkimukseen, häneltä pyydetään allekirjoitus suostumuslomakkeeseen (Kylmä & Juvakka, 2007; UTA, 2013). Osallistujalla on kuitenkin oikeus keskeyttää osallistuminen milloin vain esimerkiksi oman tuntemuksensa perusteella. (TENK, 2009.)

Tutkimussuunnitelmassa ja tutkimuksen kuluessa tulee huomioida, mitä haittaa tutkimuksesta voi tutkittaville olla (ks. Ford & Reutter, 1990) ja pyrkiä eliminoidaan haitat mahdollisimman hyvin. Tutkimuksen kohderyhmää tulee myös kohdella ystävällisesti ja kunnioittaen (ks. UTA, 2004; Kuula, 2006).

Osallistujien yksityisyyttä tulee varjella koko tutkimusprosessin ajan. Suorien (esimerkiksi osallistujan nimi) ja epäsuorien (esimerkiksi koulutus ja työpaikka) tunnistetietojen säilyttämiseen tutkimusaineiston yhteydessä tulee suhtautua kriittisesti. Tutkimusaineistoa ja sen varmuuskopiota tulee säilyttää varmassa paikassa, siten, ettei se joudu ulkopuolisten käsiin. (TENK, 2009; UEF, 2014.)

Tämän tutkimuksen eettisyydestä pyydettiin ennakkoarviointi Itä-Suomen yliopiston eettiseltä toimikunnalta. Puoltavan lausunnon (Lausuntonumero 16/2014, LIITE 1) saannin jälkeen kesäkuussa 2014, edellä mainituille kunnille lähetettiin tutkimuslupa-anomus. Jos kunta järjesti vanhuspalveluja alueellisesti tai yhteistyössä toisen kunnan kanssa, kyselyyn vastaamista pyydettiin myös näiltä palvelunjärjestäjiltä. Lisäksi tutkimuslupaa anottiin kuudelta valtakunnalliselta yksityiseltä palveluntuottajalta, jotta saataisiin mahdollisimman laaja kuva eri toimintakyvyn arviointimenetelmistä, toteutumisesta sekä tiedon hyödyntämisestä. Eräs Länsi-Suomen suuralueella sijaitseva kunta ehdotti lisäksi tutkimukseen mukaan otettaviksi kahta yksityistä toimijaa, koska kyseisessä kunnassa ympärivuorokautinen hoito ostetaan lähes kokonaan yksityisiltä toimijoilta. Näin ollen myös näiltä toimijoilta anottiin tutkimuslupa. Lupa-anomuksia laadittiin yhteensä 28.

Kaksi kuntaa pyysi rajaamaan tutkimuksen kohderyhmää koko ikäihmisten palveluissa työskentelevää henkilöstöä pienemmäksi. Näistä kahdesta kunnasta valittiin tutkimuksen piiriin kuuluvat alueet ja yksiköt sattumanvaraisesti. Yhden kunnan kanssa sovittiin, että tutkimuslupaa haetaan vain haastatteluihin. Tähän ratkaisuun päädyttiin, koska organisaatiossa oli meneillään monia kehityshankkeita ja henkilökunnan työpanos haluttiin suunnata niihin.

Kaksi kuntaa ja kaksi yksityistä toimijaa ei myöntänyt tutkimuslupaa. Syy kieltäytymiseen oli, että organisaatio ei voinut luovuttaa henkilökunnan sähköpostiosoitteita tai ettei organisaatiossa ollut kattavaa rekisteriä työntekijöiden sähköpostiosoitteista. Kieltäytymisen syyksi ilmoitettiin myös kiire ja se, ettei yksiköitä haluttu työllistää liikaa, jotta aikaa jää myös perustyöhön. Kunnat, joista ei saatu tutkimuslupaa, sijaitsevat Etelä-Suomen suuralueella.

2.6 TUTKIMUKSEN ENSIMMÄINEN VAIHE – HAASTATTELUT

2.6.1 Haastatteluteemojen laatiminen

Haastattelujen tavoitteena oli luoda esiymmärrystä tutkimusaiheesta (ks. Turunen, 1995). Haastattelujen avulla oli tarkoitus tutkia toimintakykyyn liittyvän tiedonhallinnan eri vaiheita (ks. Taulukko 3) Choon (1998, 2001) tiedonhallinnan prosessimallia⁸ hyödyntäen.

⁸ Choon tiedonhallinnan prosessimalli esitetään Luvussa 3.2.

Taulukko 3. Haastatteluteemat.

Haastatteluteema mukail- len Choota (2001)	Sisältö
Tiedontarve	Mitä tietoa tarvitset, jotta voit kuvata kokonaisvaltaisesti millainen toimintakyky asiakkaalla on Mitä toimintakyky on
Tiedon hankinta	Miten tietoa toimintakyvystä hankitaan Millä menetelmillä toimintakykyä arvioidaan Missä yhteydessä toimintakykyä arvioidaan Kuka tietoa tuottaa
Tietotuotteet ja -palvelut Tiedon järjestäminen ja varas- toiminen	Millaisia raportteja asiakkaan toimintakyvystä on saatavilla Kuinka raportit vastaavat henkilökunnan tarpeeseen Kuinka tieto toimintakyvystä varastoidaan
Tiedon jakaminen	Kuinka toimintakyvystä kerätty tieto on saatavilla
Tiedon käyttö	Mihin toimintakyvystä hankittua tietoa käytetään Kuka tietoa käyttää

Haastatteluteemat muodostettiin luotettavuuden lisäämiseksi operationalisoi-
malla (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo, 1999) kirjallisuutta ja teemat luokiteltiin
Choon (1998, 2001) tiedonhallinnan mallin pohjalta. Teemat ”Tietotuotteet ja -
palvelut” sekä ”Tiedon järjestäminen ja varastoiminen” yhdistettiin yhdeksi
kokonaisuudeksi, koska niiden sisällöt ovat selkeästi riippuvaisia toisistaan.

Teemat esiteltiin ensimmäisen paikkakunnan haastatteluissa elokuun 2014
aikana haastattelujen uskottavuuden lisäämiseksi (ks. UTA, 2013). Osa haastatel-
luista koki aiheet vaikeiksi ymmärtää. Tutkija muotoili kysymyksiä uudelleen
siten, että niissä kysyttiin konkreettisesti asiakkaaseen liittyviä kysymyksiä,
esimerkiksi: ”Kun Teille tulee uusi asiakas, milloin teette hänelle toimintakyky-
arvioinnin?”, ”Kuka asiakkaan toimintakykyä arvioi?” tai ”Milloin asiakkaan
arviointituloksia katsotaan?” Teemojen sisältö pysyi samana, mutta teemojen
aihetta lähestyttiin asiakkaan näkökulmasta, kuten Cunningham esittää (ks.
Järvinen & Järvinen, 2011). Tutkija pyrki muotoilemaan kysymykset siten, että
niihin ei voi vastata kyllä tai ei. (Ks. Robson, 2001.) Poikkeuksena tästä olivat
tarkentavat kysymykset, jolloin tutkija saattoi aloittaa kysymyksen esimerkiksi
seuraavasti: ”Tarkoitatko sitä, että...?” (Dufva, 2011).

2.6.2 Haastattelujen toteuttaminen

Haastatteluihin pyrittiin saamaan osallistujia eri puolilta Suomea suuraluejaon
(Tilastokeskus, 2013) mukaan (ks. Kuvio 3). Tavoitteena oli haastatella kuutta
henkilöä sekä julkisilta että yksityisiltä palveluntuottajilta: tavoitteena oli saada
12 haastateltavaa. Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen tutkija otti yhteyttä pu-
helimitse tai sähköpostilla viiden eri paikkakunnan tutkimuksen kohderyhmänä
olevien työntekijöiden esimiehiin ja pyysi heitä ehdottamaan haastateltavia
henkilöitä. Paikkakunnat valikoituivat tutkijan harkinnan mukaan siten, että
mukaan saatiin yksi paikkakunta jokaiselta suuralueelta. Tämän lisäksi yhdeltä

suuralueelta oli mukana testipaikkakunta. Paikkakuntien valintaan vaikutti myös se, kuinka nopeasti tutkimuslupa-anomus oli kullakin paikkakunnalla käsitelty, koska haastattelut haluttiin toteuttaa elokuussa 2014. Mukana tuli olla niin yksityisen kuin julkisen sektorin toimijoita ja sekä koti- että ympärivuorokautista hoitoa toteuttavia toimijoita.

Haastattelut pyrittiin järjestämään työyksiköihin niiden päivärytmin mukaan siten, että ne aiheuttaisivat toimintaan mahdollisimman vähän häiriötä. Haastattelun kestoksi arvioitiin noin yksi (1) tunti. Haastateltavat saivat itse ehdottaa haastattelupäivää ja -ajankohtaa sekä määritellä sen haluavatko he tulla haastatelluiksi yksin, pareittain vai ryhmässä (ks. Kylmä & Juvakka, 2007). Haastateltavat saivat myös valita haastattelupaikan.

Vapaaehtoisia haastateltavia oli yhteensä 22 (ks. Taulukko 4). Mukana oli niin toimintakykyarvointien tekijöitä, lähiesimiehiä kuin ikäihmisten palvelujen toiminnasta vastaavia henkilöitä. Haastateltavien ammattinimikkeitä oli useita: lähihoitaja, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, fysioterapeutti, osastonhoitaja, kotihoitajan johtaja, kotihoidon päällikkö, hoivapalvelujohtaja, hoitotyön esimies, projektikoordinaattori, vanhustyönjohtaja, palveluesimies ja kotihoidon ohjaaja.⁹

Taulukko 4. Haastateltujen jakautuminen suuralueittain.

	Kunnallinen toimija		Yksityinen toimija		Yhteensä		Yhteensä
	KH*	YH**	KH	YH	KH	YH	
Suuralue							
Helsinki-Uusimaa	4	2	0	0	4	2	6
Etelä-Suomi	3	3	0	2	3	5	8
Länsi-Suomi	2	0	0	3	2	3	5
Pohjois- ja Itä-Suomi	0	3	0	0	0	3	3
Yhteensä	9	8	0	5	9	13	22

*) KH-kotihoito

**) YH-ympärivuorokautinen hoito

Haastatteluun ilmoitettujen vapaaehtoisten nimet kirjattiin erilliseen tiedostoon. Samaan dokumenttiin merkittiin myös se, edustiko haastateltava yksityistä vai julkista palveluntuottajaa ja se, mitä toimintakyvyn arviointimenetelmää organisaatio ensisijaisesti käytti. Tiedosto hävitettiin haastattelujen litteroinnin ja koodauksen jälkeen. Haastateltavissa oli mukana yksi tavallisen palvelutalon työntekijä Helsinki-Uudenmaan suuralueelta. Hänet on laskettu ympärivuorokautisen toiminnan edustajaksi, koska hänen haastatteluparinsa työskenteli ympärivuorokautisesti toimivassa yksikössä.

⁹ Haastatelluissa oli mukana yksi työntekijä tavallisesta palvelutalosta: hänet on laskettu ympärivuorokautisen toiminnan edustajaksi, koska hänen haastatteluparinsa oli ympärivuorokautisesti toimivasta yksiköstä.

Haastattelut toteutettiin elokuun 2014 aikana. Haastatteluista viisi toteutettiin yksilöhaastatteluna, viisi parihaastatteluna ja kolme 3–4 hengen ryhmähaastatteluna. Tutkija sovitteli haastattelupäivät siten, että haastattelut tehtiin samalla paikkakunnalla tai lähekkäisillä paikkakunnilla peräkkäisinä päivinä. Mikäli tämä ei sopinut haastateltavien aikatauluihin, toteutettiin haastattelu puhelimitse vaikka puhelinhaastattelussa voi tulla tulkintavirheitä (ks. Kylmä & Juvakka, 2007). Puhelinhaastatteluihin päädyttiin taloudellisista ja aikataulullisista syistä. Haastattelutilaisuuksia oli yhteensä kolmesta, joista kolme toteutettiin puhelimitse.

Haastattelut koodattiin siten, että ensimmäinen numerosarja kertoo haastattelutilaisuuden tunnustekoodin (välillä 008–125) haastattelujen toteuttamisjärjestyksessä. Teknisten syiden seurauksena (esim. sanelimen patterin loppumisen takia) haastattelu saattoi muodostua yhdestä, kahdesta tai kolmesta eri osasta. Koodin toinen tunniste on kirjain. Kirjain K tarkoittaa kotihoiton työntekijöiden tai esimiesten haastattelua ja kirjain Y ympärivuorokautisen yksikön. Tunnisteen viimeinen numero kertoo, kuinka monta henkilöä (1–4) haastatteluun osallistui. Haastateltavien ammattinimikkeitä tai suuralueita ei paljasteta haastateltavien anonyymiteetin varmistamiseksi (ks. Kuula, 2006).

Kirkin ja Millerin sekä Silvermanin (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006) ohjeiden mukaan haastattelut nauhoitettiin tutkimuksen luotettavuuden parantamiseksi. Nauhoitukseen käytettiin Itä-Suomen yliopiston oppimiskeskuselta lainatua Olympus- Digital Voice Recorder WS-550M -sanelinta. Lisäksi luottavuutta lisättiin tekemällä haastattelujen aikana muistiinpanoja (ks. Peräkylä, 1998; Robson, 2001). Sanelut tallentuivat Windows Media -äänitiedostoina, jotka siirrettiin tutkijan tietokoneelle ja tallennettiin varmuuskopiona muistitikulle. Sanelin tyhjennettiin haastattelumateriaalista ennen sen palauttamista yliopistolle.

Haastatteluaineisto alkoi saturoitua haastattelujen edetessä (ks. Mäkelä, 1990; Miles & Huberman, 1994). Haastatteluja jatkettiin kuitenkin kunnes otos kattoi kaikki suuralueet, koti- ja ympärivuorokautisen hoidon sekä eri toimintakyvyn arviointimenetelmien käyttäjäorganisaatiot. Näin toimittiin, koska tutkija halusi lisätä tutkimustulosten luotettavuutta (ks. Miles & Huberman, 1994).

2.6.3 Haastattelujen analysointi

Haastatteluaineiston litterointityö ostettiin tutkimuksen ulkopuolisilta henkilöiltä, joilta pyydettiin suullinen vaitiololupaus. Litteroinnin jälkeen todettiin, että testipaikkakunnan aineisto oli sisällöllisesti laadukasta ja se otettiin mukaan analyysiin. Haastatteluaineistoa oli ajallisesti 12,5 tuntia, josta saatiin 195 A4-sivun verran materiaalia (fonttina Verdana 10, riviväli 1,5). Yhden haastattelun äänenlaatu oli paikoittain huono, minkä vuoksi noin kymmenestä minuutista haastattelumateriaalia jouduttiin luopumaan. Huono äänenlaatu johtui todennäköisesti heikosta matkapuhelinkentästä haastateltavien olinpaikassa. Kahdessa muussa puhelinhaastattelussa kuuluvuusongelmaa ei ollut. Litteroidut haas-

tattelut luettiin ja aineistosta nousevista asioista kirjoitettiin käsin muistiinpanoja. Käytössä oli myös haastattelujen aikana käsinkirjoitetut muistiinpanot (ks. Mäkelä, 1990). Analysoinnissa ei käytetty laadulliseen aineiston käsittelyyn tarkoitettuja tietokoneohjelmia. Tutkija dokumentoi analysoinnissa tehdyt valinnat (ks. Kylmä & Juvakka, 2007) tutkimuksen luottevuuuden lisäämiseksi (ks. myös Latvala ja Vanhanen-Nuutinen, 2001; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Lisäksi luotettavuutta lisättiin siten, että tutkija analysoi aineistoa objektiivisesti (ks. Laine, 2010; Sajavaara, 2000) ja haastateltujen ilmaisut pidettiin asiayhteydessä (ks. Leininger, 1985; Kylmä & Juvakka, 2007; Lilja, 2011).

Aineiston analysointimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä, jonka avulla aineistoa tarkasteltiin systemaattisesti. Kohlbacherin mukaan analyysissä keskeisintä on löytää sisällöltään sellaisia ilmaisuja, jotka sisältävät jotain tutkittavasta ilmiöstä. (Ks. Kylmä & Juvakka, 2007). Analyysiyksikkönä käytettiin ajatuskokonaisuuksia (ks. Latvala & Vanhanen-Nuutinen, 2001).

Aineistoa lähestyttiin teoriaohjaavasti (ks. Tuomi & Sarajärvi, 2002; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006). Teoriaohjaavassa analyysissä edetään aineiston ehdoilla ja aineistosta nousevat käsitteet liitetään teoreettisiin käsitteisiin (Tuomi & Sarajärvi, 2002).

Aluksi tehtiin analyysirunko, jonka pohjana käytettiin Choon (2001) tiedonhallinnan mallia. Pääluokiksi sijoitettiin Choon (2001) mallin eri vaiheet (ks. Luku 3.2.) Vaikka analyysirungon laadinta ei kuulu teorialähtöiseen menetelmään (Tuomi & Sarajärvi, 2002), siihen päädyttiin, koska pääluokat vastasivat haastatteluteemojen jaottelua. Analyysirunko pyrittiin jättämään väljäksi, jotta analyysi sallisi kaikki aineistosta esiin nousevat asiat, kuten teoriaohjaavassa analyysissä tehdään (ks. Tuomi & Sarajärvi, 2002).

Aineisto analysoitiin Choon (1998, 2001) mallin pääluokkien sisällä kunkin teeman mukaan. Tutkija päätyi yhdistämään pääluokat ”Tietotuotteet ja -palvelut”, ”Tiedon jakaminen” sekä ”Tiedon organisointi ja varastointi” yhdeksi kokonaisuudeksi, koska niiden sisältö oli sidoksissa toisiinsa ja niiden yläluokissa oli paljon samankaltaisuutta (ks. Latvala & Vanhanen-Nuutinen, 2001). Pääluokat nimettiin tutkimuksen teemaan sopiviksi, ja niitä oli lopullisessa versiossa viisi (ks. Taulukko 5). LIITETAULUKOSSA 1 ovat mukana myös alaluokat ja pelkistetyt ilmaisut.

Pääluokassa ”Tiedon tarpeen arviointi” ajateltiin aluksi puhtaasti toimintakykyä kuvaavaa tietoa, koska Vanhuspalvelulain (Laki 980/2012) mukaan hoito- ja palvelusuunnitelma perustuu toimintakykyarviointiin. Aineiston perusteella tutkijalle syntyi kuitenkin kuva siitä, että HoPaSu ei aina perustu toimintakyvyn arviointiin, vaan se saattaa olla arvioinnin pohjana. Näin molempia käsitteitä käytetään ylä- ja alaluokissa. Analyysin edetessä muokattiin analyysirungon ylä- ja alaluokkia, koska aineistosta löytyi samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Näin päädyttiin yhdistämään tai erottamaan ylä- ja alaluokkia (ks. Tuomi & Sarajärvi, 2002). Esimerkiksi yläluokassa ”Kerättävän tiedon laatuun liittyvät tekijät” tutkija pohti pitkään yhdistetäänkö alaluokat toimintakykyarvioinnin ja

HoPaSun “ajantasaisuus” ja “yhteneväisyys”. Alaluokat päädyttiin kuitenkin pitämään erillään, koska arviointi ja HoPaSu voivat olla yhteneväisiä, mutta kumpikaan niistä ei ole ajan tasalla asiakkaan tilanteeseen nähden.

Taulukko 5. Laadullisen aineiston analyysissä syntyneet pää- ja yläluokat.

Pääluokka	Yläluokka
Ikäihmisten avuntarpeen arvioimiseksi tarvittavat tiedot	Toimintakyky ilmiönä
Ikäihmisten hoitoa varten tarvittavan tiedon hankinta	HoPaSun laadintaa varten tarvittavan toimintakykyarvioinnin toteuttaminen
	Kerättävän tiedon laatuun liittyvät tekijät
	Säännöllisesti sovittujen toimintakykyarviointien toteuttaminen
	Luotettavien arviointivälineiden käyttö
Ikäihmisten hoitoa varten tarvittavan tiedon hankintavälineet, menetelmät ja tiedon säilyttäminen	Asiakkaasta tuotetun tiedon säilyttäminen ja jakaminen
	Asiakkaan toimintakykyä kuvaavan tiedon saatavuus
Ikäihmisten hoitamista varten hankitun tiedon hyödyntäminen	Asiakkuuden synty
	Toimintakykyarvioinnin ja HoPaSun hyödyntäminen asiakkaan päivittäisessä hoitamisessa
Palvelujen dynaaminen muuttaminen asiakkaan tarpeiden mukaan	Muutos asiakkaan palvelutarpeessa

Pääluokassa “HoPaSun hyödyntäminen asiakkaan päivittäisessä hoitamisessa” oli analyysin alussa neljä alaluokkaa, mutta tutkija päätyi yhdistämään alaluokkaan “Hoidon toteuttaminen palvelusuunnitelman mukaisesti” luokan “HoPaSun tietojen siirtyminen päivittäisen hoidon toteuttamiseen”. Näin tehtiin, koska hoitoa ei voi toteuttaa suunnitelman mukaan, ellei suunnitelman sisältämä tieto ole käytettävissä.

2.7 TUTKIMUKSEN TOINEN VAIHE – KYSELY

2.7.1 Kyselylomakkeen laatiminen

Kyselyn tavoitteena oli löytää selittäviä ja yleistettäviä tuloksia tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä (ks. Anttila, 1998; UTA, 2004). Kyselylomakkeen teemat muodostettiin laadullisen aineiston analyysissä saatujen pää- ja yläluokkien mukaan. Teemojen sisältö tarkistettiin luotettavuuden lisäämiseksi vielä operationalisoimalla (ks. Alkula ym., 1999; Töttö, 1997). Choon (1998, 2001) tiedonhallinnan teoriaa sekä toimintakyvyn arviointiin ja vanhuspalveluihin liittyvää kirjallisuutta. Lisäksi kyselylomakkeen (ks. LIITE 2) laadinnassa hyödynnettiin ikäihmisten palvelujen järjestämistä koskevaa Suomen lainsäädäntöä ja suosituksia. Laadullisen aineiston tuloksien pää- ja yläluokkien (ks. Taulukko 5) sisäl-

löistä laadittiin väittämät. Väittämien laatimisessa hyödynnettiin haastattelujen tuloksia ja haastateltujen henkilöiden luokiteltuja ilmaisuja. Jokaisen osion loppuun lisättiin avoin kysymys, johon vastaaja sai halutessaan antaa lisätietoa kyseisen osion asioista (ks. Metsämuuronen, 2003; UTA, 2004).

Lomakkeeseen lisättiin vastaajien arvomaailmaa tarkastelevia kysymyksiä, koska lähes kaikissa haastatteluissa kerrottiin hoitajien asenteen tai arvojen vaikuttavan työhön. Arvojen tutkimiseen valittiin Schwartzin arvoteoria (Schwartz, 2011) (ks. Luku 3.2.2), koska se perustuu laajaan kansainväliseen aineistoon ja sen validiteetti on todettu hyväksi tutkimuksissa (Puohiniemi, 2002). Lisäksi teoria on kansainvälisesti hyvin tunnettu ja sitä on hyödynnetty myös suomalaisten arvojen tutkimisessa (Puohiniemi, 2002; Davidov, Schmidt & Schwartz, 2008).

Osiossa I kysyttiin vastaajan taustatiedot (Ks. Taulukko 6). Osiot II-VI sisälsivät ikäihmisten palvelujen tiedonhallintaan liittyviä kysymyksiä Choon tiedonhallinnan teorian mukaan jaoteltuna. Osio VII koostui Schwartzin arvoteoriasta.

Taulukko 6. Kyselylomakkeen teemat, sisältö ja muuttujat.

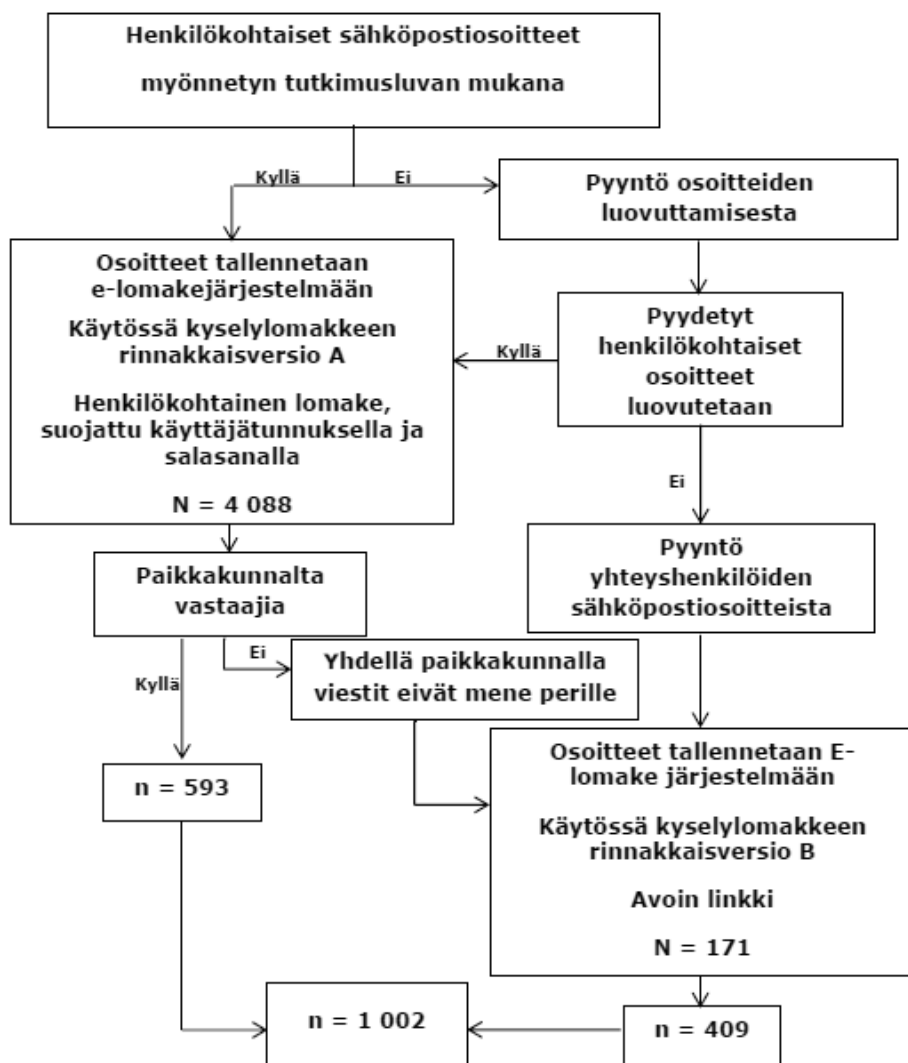
Teema	Sisältö	Kyselylomakkeen osio/ Kysymys
I Taustatiedot	Ikä, ammatti, työskentelypaikka, työkokemus	A/1–8
II Ikäihmisten avuntarpeen arvioimiseksi tarvittavat tiedot	Toimintakyky ilmiönä	B/15–17
III Ikäihmisten hoitoa varten tarvittavan tiedon hankinta	HoPaSun laadintaa varten tarvittavan toimintakykyarvioinnin toteuttaminen	B/10–14, B/18, C/19–22
	Kerättävän tiedon laatuun liittyvät tekijät	D/23–33
	Säännöllisesti sovittujen toimintakykyarviointien toteuttaminen	D/34–39, E/40–47
IV Ikäihmisten hoitoa varten tarvittavan tiedon hankintavälineet, menetelmät sekä tiedon säilyttäminen ja sen jakaminen	Luotettavien arviointivälineiden käyttö	B/9
	Asiakkaasta tuotetun tiedon säilyttäminen ja jakaminen	F/48–60
	Asiakkaan toimintakykyä kuvaavan tiedon saatavuus	F/61
V Ikäihmisten hoitoa varten hankitun tiedon hyödyntäminen	Toimintakykyarvioinnin ja HoPaSun hyödyntäminen asiakkaan päivittäisessä hoitamisessa	G/62–73
VI Palvelujen dynaaminen muuttaminen asiakkaan tarpeiden mukaan	Muutos asiakkaan palvelutarpeessa	H/74–75
VII Arvot	Elämää ohjaavat arvot Schwartzin arvoteorian mukaan	I/76

Kyselylomake esitestattiin kyselyn validiteetin lisäämiseksi neljällä henkilöllä, joilla oli vähintään 2,5 vuoden terveydenhuoltoalan koulutus (ks. Metsämuuronen, 2003). Esitestaajat eivät edustaneet kaikkia kohderyhmän ammattiryhmiä (ks. Reynolds & Diamantopoulos, 1998). Esitestauksen palautteiden perusteella lomaketta muokattiin ymmärrettävämmäksi ja yksiselitteisemmäksi, ja siihen lisättiin ohjetekstejä erityisesti tutkimuksen kontekstista. (Ks. Uhari & Nieminen, 2012.)

2.7.2 Kyselyaineiston keruu

Kohderyhmäksi valittiin ikäihmisten parissa kotihoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa työskentelevät sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset. Tutkimuslupa saatiin 18 kaupungilta ja kuudelta yksityiseltä toimijalta. Otantaa voidaan kutsua harkinnanvaraiseksi näytteeksi (ks. Nummenmaa, Holopainen & Pulkkinen, 2014).

Kysely toteutettiin Itä-Suomen yliopiston käytössä olevalla e-lomakealustalla 9.1.–16.2.2015. Osalle kyselyn kohderyhmään kuuluvista lähetettiin kutsu (N = 4 088), jossa oli yksilöllinen käyttäjätunnus ja salasana (ks. Kuvio 5). Tällä tavoin saatiin 593 vastausta. Kyselylomakkeesta tehtiin rinnakkaisversio niille vastaajille, joille lomake toimitettiin sähköisenä linkkinä yhteyshenkilön tai sähköpostin kautta. Avoin kysely lähetettiin 135 henkilölle ja 36 yhteyshenkilölle. Avoimen linkin kautta saatiin 409 vastausta. Vastaajille ei tarjottu aktiivisesti mahdollisuutta tilata tutkijalta paperista kyselylomaketta ja vastauskuorta postitse lähetettäväksi (ks. Berndtson & Lounasmaa, 2004), mutta tutkijalla oli tähän valmius.



Kuvio 5. Kyselyn lähetystavat ja vastaajamäärät.

Yhden kunnan tutkimusluvan myöntämisen kriteerinä oli, että vastaajille lähetetään enintään yksi muistutus osallistumisesta tutkimukseen. Tässä kunnassa organisaatio huolehti itse toisesta muistutuksesta esimiesten kautta. Muiden organisaatioiden vastaajille lähetettiin kaksi muistutusta.

2.7.3 Kyselyaineiston analysointi

Kyselyaineisto poimittiin nettikyselyalustasta (e-lomake) ja siirrettiin SPSS-ohjelmaan, jolla aineisto analysoitiin. Koska aineisto kerättiin sähköisellä strukturoidulla lomakkeella, aineistossa ei voinut olla tutkijan tekemiä syöttövirheitä (ks. Alkula ym., 1999; Berndtson & Lounasmaa, 2004).

Analyysoinnin luotettavuutta tutkija lisäsi dokumentoimalla huolellisesti analyysin eri vaiheet ja valinnat (ks. Uhari & Nieminen, 2012).

Analyysointi aloitettiin ottamalla kaikista muuttujista suorat jakaumat, joiden avulla tutkija tutustui aineistoon (ks. Metsämuuronen, 2003; Järvinen & Järvinen, 2011; Uhari & Nieminen, 2012). Taustamuuttujista (vastaajien ikä ja työssäoloaika) sekä toimintakykyarviointien uusimisväleistä ja hoito- ja palvelusuunnitelmien päivitysväleistä laskettiin keskiarvot ja keskihajonnat. Ryhmien välisten erojen testaukseen käytettiin pääasiassa χ^2 -testiä. Mikäli χ^2 -testin oletukset eivät täyttyneet, käytettiin Fisherin eksaktia testiä (ks. Nummenmaa ym., 2014). Tätä analyysiä varten aineistoa yhdistettiin siten, että muuttujien 5-portaiset Likert-asteikot (täysin samaa mieltä – täysin eri mieltä), tiivistettiin kolmiportaiseksi (samaa mieltä – ei samaa eikä eri mieltä – eri mieltä) tuloksien tulkinnan helpottamiseksi (ks. Grönroos, 2003; Metsämuuronen, 2003; Uhari & Nieminen, 2012).

Kyselylomakkeessa kysyttiin vastaajien työskentelypaikkakuntaa, jota hyödynnettiin vastaajien jaottelussa suuralueittain. Suuraluetietoja puolestaan käytettiin taustamuuttujien raportoinnissa.

Vastaajat jaoteltiin kolmeen ikäryhmään ja työyksiköt neljään ryhmään. Ammatit jaettiin viiteen ryhmään. Ammattiryhmissä käytettiin jaottelua ammattinimikkeeseen ¹⁰ mukaan (ks. Taulukko 7):

¹⁰ Fysioterapeutit on liitetty sairaanhoitajien ryhmään, koska fysioterapeuttien koulutus on kestoltaan sama kuin sairaanhoitajien. Myös kuntahoitajat on lisätty samaan ryhmään. Ryhmä on nimetty enemmistön ammattinimikkeeseen mukaan.

Taulukko 7. Määrällisessä analyysissä mukana olleet ammattiryhmät.

Ryhmän nimi	Ryhmään kuuluvat ammattinimikkeet
kotiaivustajat	kotiaivustaja, kodinhoitaja, laitoshuoltaja, emäntä
lähihoitajat	lähihoitaja, perushoitaja, apuhoitaja, kehitysvammaisten hoitaja
sairaanhoitajat	sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, fysioterapeutti, kuntohoitaja, geronomi
palveluohjaajat	palveluohjaaja, aluevastaava, asiakasohjaaja, kotihoiton ohjaaja, sosiaaliohjaaja, kotipalveluohjaaja, toiminnanohjaaja
johtajat	osastonhoitaja, (kotihoiton) esimies, johtaja, palvelujohtaja, kotihoiton päällikkö, palveluesimies, palvelupäällikkö, vanhuspalveluiden esimies, palvelutalon johtaja, lääkäri

Vastaajien arvoista muodostettiin yksi dikotominen muuttuja, jossa vastaajat luokiteltiin kahteen ryhmään: heihin, joiden elämää ohjasivat kollektiiviset arvot ja muihin vastaajiin. Kollektiiviseen ryhmään luokiteltiin sellaiset vastaajat, jotka olivat valinneet kymmenestä arvosta ainakin kaksi kollektiivisen puolen arvoa (ks. Luku 4.2.2.).

Ennen varsinaista analysointia negatiivisesti kysytyjen muuttujien arvot käännettiin ilmiön kannalta positiiviseksi¹¹ (Metsämuuronen, 2003). Tämän jälkeen muodostettiin summamuuttujat laadullisen analyysin pääluokkien perusteella jaotelluista kyselylomakkeen osioista. Summamuuttujien muodostamisessa käytettiin viisiportaista (täysin samaa mieltä- täysin eri mieltä) asteikkoa. Tulokseksi saatiin kuusi summamuuttujaa (ks. LIITETAULUKOT 2–7), joiden yhtenäisyyttä kuvaavat Cronbachin alfat vaihtelivat välillä 0,641–0,835. Kun summamuuttujan alfa saa arvon, joka on yli 0,6, voidaan summamuuttujan yhtenevyyttä pitää hyvänä, eli tällöin summamuuttujat mittaavat samaa asiaa. Tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta (ks. Jokivuori & Hietala, 2007). Summamuuttujien muodostamiseen teoriaperusteisesti päädyttiin, koska eksploraatiivisella faktorianalyysillä muodostetut summamuuttujat eivät olleet tutkittavan ilmiön kannalta järkeviä (ks. Metsämuuronen, 2003).

Tuloksien analysoinnissa käytettiin seuraavaa tulkintaa kuvaamaan tilastolistien testien merkitsevyyttä (Metsämuuronen, 2003):

- $p < 0.001$ – tulos tilastollisesti erittäin merkitsevä, merkitty taulukoihin ja kuvioihin tähtimerkinnällä "****"
- $p < 0.01$ – tulos tilastollisesti merkitsevä, merkitty taulukoihin ja kuvioihin tähtimerkinnällä "***"
- $p < 0.05$ – tulos tilastollisesti melkein merkitsevä, merkitty taulukoihin ja kuvioihin tähtimerkinnällä "**"

Analyysin seuraava vaihe oli summamuuttujien kaksisuuntainen varianssianalyysi, jolla etsittiin aineistosta ilmiötä selittäviä tekijöitä. Varianssianalyysiin päädyttiin, koska selitettävät muuttujat olivat jatkuvia muuttujia ja selittävät

¹¹ Mikäli muuttuja on käännetty ilmiön kannalta positiiviseksi, on sen eteen lisätty R, esimerkiksi Toimintakykyarvioinneilla ei ole merkitystä RG63

muuttujat luokiteltuja muuttujia (ks. Järvinen & Järvinen, 2011; Kirves, 2013). Varianssianalyysillä saadaan selville, kuinka paljon muuttujat selittävät muuttujan vaihtelua (Töttö, 2012). Lisäksi harkittiin kolmisuuntaisen varianssianalyysin käyttöä, mutta siitä luovuttiin, koska se saattaa vaikeuttaa yhdysvaikutusten tulkintaa (ks. Järvinen & Järvinen, 2011).

Varianssianalyysiin oli mahdollista lisätä kovariaatteja, joita ovat tässä tutkimuksessa toiset summamuuttujat. Näin saatiin vakioitua toisten summamuuttujien vaikutus selitettävään muuttujaan (ks. Jokivuori & Hietala, 2007). Analyysissä käytettyjen kovariaattien tuli korreloida selitettävän summamuuttujan kanssa, mutta riittävän heikolla tasolla. Kovarieettien kausaliiteettia arvioitiin deduktiivisesti esimerkiksi tarkastelemalla, voisiko käytetty toimintakyvyn arviointimenetelmä vaikuttaa siitä saadun tiedon hyödyntämiseen (ks. Rolin, Kakkuri-Knuuttila & Henttonen, 2006; Töttö, 2012). Summamuuttujat toimivat välillä selitettävinä ja välillä selittävinä tekijöinä. Shieldsin ja Luftin (ks. Kuorikoski, 2006) mukaan tämä on mahdollista, koska tiedonhallinnan sykli on iteratiivinen (ks. Luku 3.), ja syklin vaiheet vaikuttavat toisiinsa.

Summamuuttujien varianssianalyysit tehtiin myös ilman kovariaatteja (toiset summamuuttujat). Kovariaattien poisto vaikutti selityksasteen laskuun keskimääräisesti neljä prosenttia (vaihteluväli oli 0–9%), mutta selityksaste säilyi kuitenkin 16 ja 28 prosentin välillä. Tulokset raportoidaan kovariaattien kanssa, koska muut selittävät tekijät pysyivät pääsääntöisesti ennallaan ja kovariaattien käyttö oli teoreettisesti hyväksyttävää (ks. Kuorikoski, 2006).

Ennen varianssi- ja kovarianssianalyysiä summamuuttujissa ei mukana olleiden muuttujien ja summamuuttujien väliset korrelaatiokertoimet tarkistettiin Spearmanin kertoimen avulla. Spearmanin korrelaatiokertoimeen päädyttiin, koska summamuuttujat eivät noudattaneet normaalijakaumaa. Mukaan malliin otettiin sellaiset muuttujat, jotka korreloivat testattavan summamuuttujan kanssa tilastollisesti vähintään melkein merkitsevästi ($p = < 0,05$), joiden korrelaation voimakkuus oli $< |0,6|$ ja jotka olivat teoreettisesti järkeviä. Varianssianalyysissä mukana olleiden muuttujien korrelaation voimakkuudet suhteessa selitettävään summamuuttujaan olivat heikkoja ($0,071-0,43$). (Ks. UTA, 2004.) Schwartzin arvo-teorian (ks. Luku 4.2.2.) perusteella muodostettu muuttuja *Kollektiivisuus* ei korreloinut summamuuttujien kanssa, mutta se otettiin mukaan malliin mahdollisen yhteisvaikutuksen todentamiseksi. Teoreettisesti tärkeä muuttuja voi olla tilastollisesti ei-merkitsevä (Metsämuuronen, 2003).

Summamuuttujien keskiarvoon tilastollisesti merkitsevästi vaikuttavia selittäviä muuttujia etsittiin Main Effects -mallilla. Tämän lisäksi mukana olleista muuttujista muodostettiin malliin enintään kymmenen kahden muuttujan yhteisvaikutusta kuvaavaa selittävää muuttujaa, joista saatiin yhteensä 35 eri yhdistelmää. Mikäli muuttujilla on yhteisvaikutusta, on kyselyn tuloksia kuvaavassa luvussa Taulukoissa 21–26 lisätty muuttujien väliin merkki # (ks. Jokivuori & Hietala, 2007).

Tämän jälkeen mallista poistettiin tilastollisesti vähiten merkitsevä selittävä muuttuja, muuttujapari tai kovariaatti (*backward elimination*). Mukana olleet yksittäiset muuttujat pidettiin mallissa mukana, mikäli ne olivat siinä yhteisvaikutuksen takia. Analyysi ajettiin läpi kunnes kutakin summamuuttujaa selittävät muuttujat olivat vähintään tilastollisesti melkein merkitseviä ($p < 0.05$). Varianssianalyysin oletus yhtä suurista variansseista tarkistettiin. Ryhmien väliset varianssit olivat yhtä suuret kaikissa testatuissa muuttujissa lukuun ottamatta summamuuttujaa *Suunnitellun hoidon toteutuminen*.¹² Tämän muuttujan kohdalla ryhmien välisten erojen tutkimiseksi käytettiin Bonferroni-kerrointa (Kirves, 2013; Metsämuuronen, 2003).

Kyselyn laadullista aineistoa, jota edustavat avoimet kysymykset, analysoitiin numeerisesti (ks. Hirsjärvi & Hurme, 2001; UTA, 2004; Valli, 2010). Vastaukset luettiin ensin läpi ja niistä hylättiin sellaiset, joissa vastaukseen vastattiin esitetystä kysymyksessä tai sen ohjeissa mainituilla sanoilla. Hylkäykseen johti muun muassa se, että avoimien kysymysten G74 ("Mitä syitä uusien arviointien tekoon on?") ja G75 ("Mitä syitä HoPaSun päivittämiseen on?") vastauksissa toistettiin kysymyksen ohjeesta ("Asiat voivat liittyä liikkumiseen, mielenterveyteen, muistiin tai kanssakäymiseen muiden ihmisten kanssa.") poimittuja sanoja. Esimerkkinä tällaisesta vastauksesta toimii seuraava: "Fyysinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky muuttuu". Esimerkiksi arvioinnin syitä koskevaan kysymykseen saatiin 765 vastausta, joista hylättiin noin kymmenen prosenttia ($n = 71$).

Molempien kysymysten vastaukset teemoiteltiin siten, että niistä etsittiin esimerkiksi muutoksen suuntaa asiakkaan voinnissa tai sitä, tarkasteltiinko asiakkaan vointia negatiivisen, neutraalin vai positiivisen muutoksen kautta. Vastaukset luokiteltiin ensisijaisesti positiiviseen luokkaan jos vastauksessa oli yksikin toimintakyvyn paranemista koskeva maininta. Sen jälkeen luokiteltiin neutraalit maininnat ja viimeiseksi negatiiviset.

¹² Ks. Summamuuttujat Luku 5.2. Kyselyn tulokset.

3 Tieto ja tiedonhallinta

3.1 TIETO JA INFORMAATIO

Tieto voidaan määritellä monella eri tapaa. Graves ja Corcoran (1989) määrittelevät tiedon dataksi, jota kerätään ja tallennetaan ja jota tietojärjestelmät käsittelevät annettujen sääntöjen mukaan. Virtanen (1989) puolestaan kuvaa tietoon liittyviä käsitteitä sekamelskaksi, mutta päättyy kuitenkin määritelmään, jonka mukaan tieto on pragmaattista informaatiota.

Niiniluoto (1989) jakaa tiedon ei-kielilliseen dataan ja kielelliseen informaatioon. Kielellinen informaatio jakaantuu hänen mukaansa vielä syntaktiseen eli oikeanmuotoiseen, semanttiseen eli sisällöllisesti oikeaan ja pragmaattiseen eli tietämysinformaatioon. Tämä lienee tunnetuin tapa luokitella tietoa. Asiakas ja hänen hoitoonsa osallistuvat henkilöt sekä tutkimuslaitteet tuottavat tietoa, ja käsittelyvaiheessa datasta muodostuu informaation kautta tietämystä. Tämän tiedonmääritelmän mukaan tietämys siis sisältää aina ajatuksen siitä, mikä merkitys tiedolla on esimerkiksi hoitoon.

Jarva (1982) on kehittänyt tiedon arvoketjua lisäämällä data–informaatio–tietämys-ketjuun vielä ymmärtämisen, joka sisältää emotionaalisen elementin, intuition sekä kokemuksen. Taulukossa 8 on sovellettu Jarvan mallia toimintakyvystä kerättävään tietoon. Jarvan mallin mukaan henkilön on ymmärrettävä, mitä kerätty tieto tarkoittaa, jotta sitä pystytään hyödyntämään siinä tarkoituksessa, jota varten se on kerätty. Tiedon ymmärtämiseen tarvitaan puolestaan ammatin tuomaa kokemusta.

Taulukko 8. Tiedon arvoketju Jarvaa (1982) mukaillen.

Data	Informaatio	Tietämys	Ymmärtäminen
Luku, joka saadaan toimintakykyarvioinnin jälkeen	Ammattihenkilö ymmärtää, mihin kohtaa luku sijoittuu kussakin arviointimenetelmässä	Ammattihenkilö tietää, onko arvioinnin kohteena olleen henkilön toimintakyky normaali tai huonontunut/parantunut	Ammattihenkilö ymmärtää, mitä hoidon tai hoidon tarpeita todettu toimintakyvyn taso tuo mukanaan ja toimii näiden tarpeiden mukaisesti

Mitä kehittyneemmästä tiedon käsittelystä on kyse, sitä enemmän ymmärtämisen eli intuition ja kokemuksen merkitys kasvaa (Jarva, 1982). Vaikka Jarva onkin kehittänyt mallin sähköisen tietojärjestelmän kehittämisen yhteydessä, se soveltuu hyvin myös yleiseen tiedon luokitteluun.

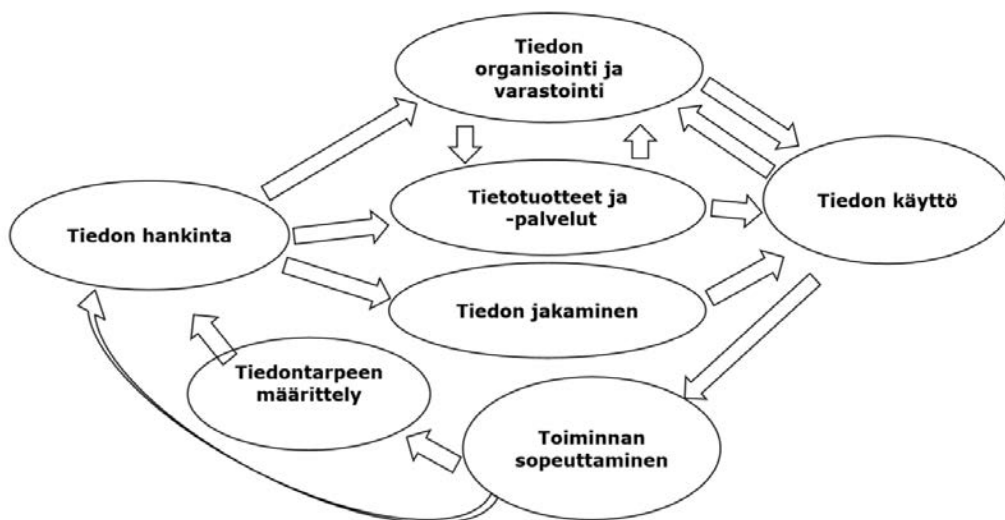
Engeströmin (1995) mukaan tiedon olomuodot voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoisiin muotoihin (ks. Taulukko 9). Sisäisiä olomuotoja ovat ajatteleva, kuvitteleva, tunteminen, koskettaminen, liikkuminen, puhuminen, lukeminen ja kirjoittaminen. Niitä ilmennetään eri tavoin, esimerkiksi kuvilla, symboleilla, tavoilla ja teksteillä. Tiedon ulkoinen olomuoto on tekeminen, joka ilmenee esineiden ja työvälineiden kautta. Tieto voi ilmentyä joko prosessina tai rakenteena.

Taulukko 9. Tiedon olomuodot Engeströmiä (1995) mukaillen.

	Prosessit	Rakenteet
Sisäiset olomuodot	Ajatteleva	Kognitiiviset mallit ja rakenteet
	Kuvitteleva	Kuvat, symbolit, visiot
	Tunteminen, koskettaminen, liikkuminen	Eleet, rituaalit, tavat
	Puhuminen, lukeminen, kirjoittaminen (esim. kirjoittaminen)	Merkki, teksti
Ulkoiset olomuodot	Tekeminen (esim. arvojen mukainen hoitaminen)	Esineet, työvälineet

Engeström (1995) kuvaa, että osa sisäisestä tiedosta on hiljaista tietoa, jota muutetaan työskennellessä jatkuvasti ulkoiseen muotoon. Tieto muutetaan prosessitasolta viestittävään, rakenteelliseen muotoon, esimerkiksi puheiksi tai teoiksi sekä kirjoitukseksi. Hiljainen tieto siirtyy sen omistajalta muille tiedon käyttäjille. Tekemisessä korostuvat sen tavoitteet, periaatteet ja keinot. Tästä voidaan päätellä, että myös hoitajien arvot ovat tekemiseen vaikuttavia asioita.

Choon (1998, 2001) mukaan organisaation tiedonkäyttö koostuu (ks. Kuvio 6) tiedontarpeiden määrittämisestä, tiedonhankinnasta, tiedon organisoinnista ja varastoinnista, tietotuotteiden ja palveluiden kehittämisestä, tiedonjakelusta ja tiedonkäytöstä. Kun Choon (1998) mallin vaiheet on käyty läpi, alkaa uusi kierros.



Kuvio 6. Tiedonhallinnan malli (Choo, 1998).

Tiedon lajit voidaan luokitella Choon (1998) mukaan kolmeen osaan, joita ovat sääntöihin perustuva tieto, hiljainen tieto ja kulttuurinen tieto. Sääntöihin perustuvaa tietoa kerätään, koska niin on ohjeistettu. Tässä tapauksessa kerättävät tiedot on myös ennalta määriteltä (ks. myös Orlikowski, 1992). Sääntöihin perustuvaa tietoa voidaan myös käsitellä ja jakaa määrämittäisesti. Hiljainen tieto on kokemukseen perustuvaa tietoa, jota ei kirjata. Kulttuurinen tieto sisältää osaltaan hiljaista tietoa, jota ovat myös organisaation arvot, uskomukset ja perusoletukset¹³ (ks. myös Schein 1987). Myös Nonaka ja Takeuchi (1995) jakavat tiedon hiljaiseen tietoon ja julkisanottuun tietoon.

Edellä tarkastelluista tietoa kuvaavista malleista voidaan todeta, että tieto ei ole helposti määriteltävissä oleva yksi selkeä elementti. Kuitenkin kaikki mallit sisältävät yhden yhteisen piirteen: tieto on osa ihmisen ajattelua, kognitiota. Lisäksi esimerkiksi Engeström (1995), Nonaka ja Takeuchi (1995) ja Choo (1998) kuvaavat tiedon sisältävän erilaisia olomuotoja, joiden mukaan tieto on joko hiljaista tai julkilausuttua.

Hiljaista tietoa voivat hyödyntää muut kuin tiedonhaltija vain siinä tapauksessa, että se tuodaan julki. Tällainen tieto tulisikin muuttaa julkiseksi esimerkiksi kirjoittamalla, jolloin tiedon on mahdollista siirtyä toiselle henkilölle ulkoisien ärsykkeiden, esimerkiksi lukemisen, välityksellä. Vaikka useiden henkilöiden saama tieto olisi täysin sama, se saatetaan ymmärtää tai tulkita hyvin eri tavoin, sillä eri henkilöillä voi olla keskenään hyvinkin erilaisia ajatusmalleja ja aiempaa kokemustaustaa.

Tutkimuskohdetta lähestytään hyödyntäen Choon (1998) tiedonhallinnan prosessimallia, joka esitetään seuraavaksi.

¹³ Arvoja käsitellään lisää Luvussa 4.2.2.

3.2 CHOON TIEDONHALLINNAN PROSESSIMALLI

Choon (2001) mukaan **tiedontarve** on yhdistelmä erilaisia tekijöitä, joihin kuuluvat esimerkiksi organisaation tavoitteet ja ammatilliset normit. Myös päätöksien tekoon tarvitaan tietoa. Tässä tutkimuksessa tiedontarpeeksi määritellään hoito- ja palvelusuunnitelmaa varten tarvittava tieto ikäihmisten toimintakyvystä (Laki 980/2012). Tiedontarpeen määrittäjänä nähdään myös Suomen lainsäädäntö.

Dent ja työryhmä (2012) sekä Lin ja tutkijakollegat (2012) ovat todenneet, että toimintakyky on käsitteenä moniulotteinen ja se ymmärretään eri yhteyksissä eri tavoin. Tässä tutkimuksessa toimintakyky määritellään päivittäisistä toiminnoista selviytymiseksi. Käytännössä tarkastellaan sitä, kuinka hyvin henkilö selviää päivittäisistä perustoiminnoista (ADL-toiminnot)¹⁴ (Shelkey & Wallace, 2012) sekä kodin ulkopuolisista asioista (IADL-toiminnot)¹⁵ (Graf, 2013). (Heikkinen, Laukkanen & Rantanen, 2013).

Tiedonhankintavaihetta ohjaa tiedon tarve, ja hankittavan tiedon tulee vastata tiedontarpeeseen (Choo, 2001). Tässä tutkimuksessa tiedonhankintavaihe tarkoittaa asiakkaan toimintakykyarvioinnin ja HoPaSun tekemiseen liittyviä asioita: esimerkiksi sitä, kuka arvioinnin tekee ja mitä kokonaisvaltainen palveluntarpeiden selvittäminen on. Lisäksi tämä vaihe sisältää kerättävän ja käytettävän tiedon laatuun liittyvät tekijät, joita ovat esimerkiksi tiedon ajantasaisuus ja luotettavuus. Myös suunnitelmallisuus asiakkaiden toimintakyvyn seurannassa ja HoPaSun päivittämisessä kuuluu tähän vaiheeseen.

Päivärinnan ja Haverisen (2002) mukaan HoPaSu tulee tehdä moniammatillisena yhteistyönä sekä yhteistyössä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Koskinen (1994) toteaa, että suunnitelmaa tulee muokata asiakkaan tarpeiden tai tämän käytettävissä olevien voimavarojen muuttuessa. Jokaiselle asiakkaalle tulee olla nimettynä koulutettu vastuutyöntekijä, joka huolehtii asiakkaan HoPaSun toteutumisesta käytännössä sekä arvioi palveluntarpeiden muutoksia. Sitä, kuinka usein arviointeja tai HoPaSuja tulee päivittää, ei ole määritelty tarkkaan: vanhuspalvelulain (Laki 980/2012) mukaan tarkistus tehdään ilman aiheutonta viivytystä aina, kun henkilön toimintakyvyssä tapahtuu muutoksia. Mahoneyn ja Barthelin (1965) mukaan toimintakyvyn muutoksia voidaan seurata tekemällä uusinta-arviointeja.

Vaihe **Tietotuotteet ja -palvelut** (Choo, 2001) tarkoittaa tässä tutkimuksessa erilaisia toimintakyvyn arvioimiseen ja kuvaamiseen käytettäviä arviointimenetelmiä (ks. Noro, 2005). Vanhuspalvelulaki edellyttää, että ikäihmisten palvelutarpeet tulee selvittää monipuolisesti ja luotettavia arviointimenetelmiä käyttäen (Laki 980/2012).

¹⁴ ADL- toiminnot (Shelkey & Wallace, 2012) määritellään Luvussa 4.1.

¹⁵ IADL-toiminnot (Graf, 2013) määritellään Luvussa 4.1

Kerätty tieto järjestään ja varastoidaan siten, että se vastaa organisaation tiedontarpeita ja käyttötavoitteita (Choo, 2001). Tässä tutkimuksessa tiedon järjestämis- ja varastointivaiheessa tarkastellaan sitä, kuinka tietoa asiakkaan toimintakyvystä säilytetään. Myös tiedon tallennusmuoto kuuluu tähän vaiheeseen. Laki määrää, että palvelutarpeet tulee kirjata HoPaSuun, ellei kyseessä ole asiakkaan tilapäinen neuvonta tai ohjaus (Laki 812/2000).

Tiedon jakamisen vaiheessa tarkastellaan sitä, kuinka kerättyä tietoa jaetaan (Choo, 2001). Sydänmaalakan (2001) mukaan vain jaetulla tiedolla on merkitystä. Tämän tutkimuksen yhteydessä tiedon jakaminen tarkoittaa sitä, kuinka hyvin asiakkaan toimintakykyyn ja hoitamiseen liittyvä tieto on sitä työssään tarvitsevien hoitajien saatavilla. Tietoa voidaan jakaa eri tavoin: esimerkiksi suullisesti, kirjallisesti, ilmein ja elein (ks. Nonaka & Takeuchi, 1995; Engeström, 1995; Choo, 1998).

Tiedon käyttö tarkoittaa kerätyn tiedon hyödyntämistä päätöksenteossa (Choo, 2001; ks. myös Sydänmaalakka, 2001) ja esimerkiksi vertailukehittämisessä (ks. Noro, 2005). Voutilaisen (2004), Haapakorvan (2004) sekä Kalliovalkaman (2005) mukaan asiakkaasta kerättyä tietoa ei aina hyödynnetä toiminnan tukena riittävästi. Tässä tutkimuksessa tiedon käytöllä tarkoitetaan sitä, miten ja mihin tarkoitukseen asiakkaan toimintakykyyn ja hoitamiseen liittyvää tietoa käytetään.

Tiedon käyttöä seuraa **toiminnan sopeuttaminen** saadun tiedon avulla, esimerkiksi kuinka HoPaSua ja sen mukaista päivittäistä toimintaa asiakkaan luona muutetaan toimintakyvyn muuttuessa kuten myös DeMeester ja työryhmä (1994) ovat todenneet. Kun tarvittavat muutokset on tehty, alkaa tarvittaessa uusi tiedontarpeen määrittely ja uusi tiedonhankinta.

Choon (1998, 2001) tiedonhallinnan prosessimalli sisältää useita ulottuvuuksia ja sitä voidaan tarkastella joko työntekijän, työyhteisön tai koko organisaation näkökulmasta. Tiedonhallinta voidaan jaotella kolmeen osaan käyttötarkoituksen mukaan seuraavasti: Ensimmäisessä osassa organisaatio luo uutta tietoa, jolla toimintaa voidaan kehittää. Tämä edellyttää tiedon jakamista organisaatiossa toimivien henkilöiden välillä. Toiseksi tiedon avulla voidaan kehittää uusia tapoja toimia ja tehostaa aiempaa toimintaa. Kolmanneksi organisaatio jakaa luomaansa tietoa yli organisaatio- ja yksikkörajojen. Tämä tieto antaa mahdollisuuden myös muille yksiköille kehittää omaa toimintaansa.

Seuraavassa luvussa jäsennetään ikäihmisten toimintakykyyn liittyvää tiedonhallintaprosessia mukaillen Choon mallia. Tutkija päätyi hyödyntämään Choon mallia, koska koki sen soveltuvan erityisen hyvin eri tiedonhallinnan vaiheiden jäsentämiseen. Tutkimuksen kohteena oleva ikäihmisten hoito ja siitä saatavan tiedon hallinta on hyvin monisyinen ilmiö, jossa yhdistyvät erilaiset toiminnan kannalta tärkeät tiedot, esimerkiksi se millaisia tarpeita asiakkaalla on suhteessa käytettävissä oleviin resursseihin (ks. Kinnunen & Vuori, 2005).

4 Toimintakyky ja tiedonhallinta

4.1 IKÄIHMISTEN TOIMINTAKYKY

Ikäihminen määritellään vanhuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaksi henkilöksi (Laki 980/2012). Tällä hetkellä Suomessa yli 63-vuotiaat ovat oikeutettuja vanhuseläkkeeseen (STM, 2013). Toisaalta ikäihmisillä tarkoitetaan yleisesti ottaen yli 75-vuotiaita henkilöitä (THL, 2014b).

Koskinen ja työryhmä (2007) toteavat, että yksittäisen henkilön toimintakyky ei aina heikkene iän myötä, vaan se voi myös parantua sairauden paranemisen, oireiden vähenemisen tai otollisten ympäristöolosuhteiden myötä. Myös Kivelä (2005) toteaa, että ikääntyminen ei itsessään tarkoita toimintakyvyn huononemista. Esimerkkinä tästä on pertunmaalainen 96-vuotias henkilö, joka ryhtyi vapaaehtoistyöhön vanhusten parissa (YLE, 2014). Jyrkämän (2000) mukaan performatiivinen toimintakyky voidaan nähdä henkilön potentiaalisena tai käytössä olevana toimintakykynä, johon vaikuttavat myös toimintatilanne ja sen esteet ja mahdollisuudet.

Colemanin ja työryhmän (1993) sekä Jyrkämän (1995) mukaan ikääntymiseen asennoidutaan usein tarpeettoman negatiivisesti, ja siihen liitetään usein toimintavajeet tai sairastuminen. Käytännössä on vaikea erottaa, onko ikä aiheuttanut toimintakyvyn aleneman vai johtuuko alenema muista tekijöistä (STM & Kuntaliitto, 2013).

Heikkinen ja työryhmä (2013) esittävät, että toimintakykyä voidaan lähestyä neljästä eri näkökulmasta, joita ovat yleistetty toimintakyky, funktionaalinen diagnostiikka, funktionaalinen ja biologinen ikä sekä päivittäisistä toiminnoista selviäminen. Näkökulman valintaan vaikuttaa se, mistä syystä toimintakykyä arvioidaan.

Heikkinen ja työryhmä (2013) määrittelevät toimintakyvyn lähestymisnäkökulmat seuraavasti: **Yleistetty toimintakyky** tarkoittaa tietoa, joka antaa kuvan toimintakyvyn kokonaisuudesta ja henkilön toimintakapasiteetista fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella alueella. **Funktionaalisen diagnostiikan** tavoitteena on ollut kehittää Maailman terveysjärjestön kansainvälisen tautiluokituksen (*the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, ICD 10 -luokitus) (THL, 2011) kaltainen toimintavajeiden ICF-luokitus (*International Classification of Functioning, Disability and Health*). ICF auttaa luokittelemaan erilaisia toimintakykyvajeita niin tutkimusta kuin kliinistä työtä varten. **Funktio-**

naalinen ja biologinen ikä -näkökulman tavoitteena on ollut kehittää toimintakykymittauksia ja soveltaa niitä biologisen ja funktionaalisen iän arviointeihin etsimällä sellaisia muuttujia, jotka korreloivat voimakkaasti ikään.

Tässä tutkimuksessa toimintakyvyllä tarkoitetaan **päivittäisistä toiminnoista selviämistä** (ks. STM, 2013). Käytännössä tarkastellaan sitä, kuinka henkilö selviää päivittäisistä *Activities of Daily Living*- ja *Basic Activities of Daily Living* -toiminnoista (Shelkey & Wallace, 2012) sekä kodin ulkopuolisista asioista eli *Instrumental Activities of Daily Living* -toiminnoista (Graf, 2013; ks. myös Heikkinen, Laukkanen & Rantanen, 2013).¹⁶ Kaikkein vaativimpien päivittäisten toimintojen, *Advanced Activities of Daily Living* -toimintojen, arviointia, kuten autolla ajamista ja yhteiskunnallista aktiivisuutta (Finne-Soveri, 2014), ei käsitellä tässä tutkimuksessa.

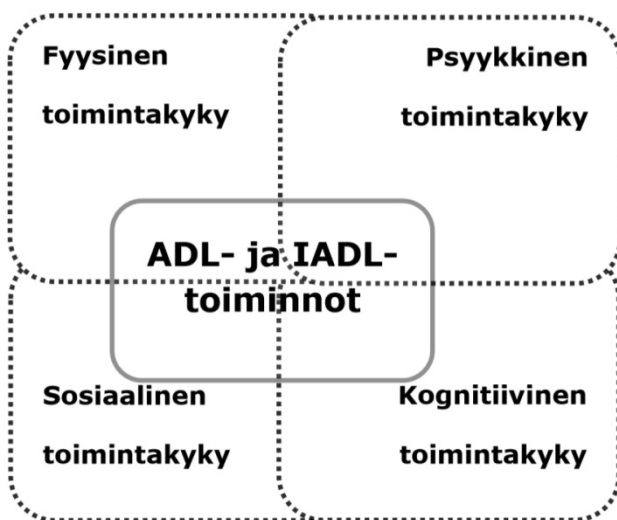
Shelkeyn ja Wallacen (2012) mukaan päivittäisiä ADL-perustoimintoja ovat ruokailu (syöminen ja juominen), pukeutuminen, peseytyminen, virtsan- ja ulosteen pidätyskyky sekä liikkuminen ja siirtyminen. Laukkanen (2003) kirjoittaa, että IADL- eli välinetoimintoja ovat esimerkiksi taloustyöt, kaupassa käynti ja puhelimen käyttö (ks. myös STM, 2006).

Morris ja työryhmä (1999) ovat tutkineet sitä, missä järjestyksessä ADL-toiminnot alkavat heiketä ja löytäneet kolme eri vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa vaikeutuvat pukeutuminen ja henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen. Toisessa vaiheessa wc:ssä käynti sekä paikasta toiseen siirtyminen ja liikkuminen käyvät henkilölle hankalaksi. Kolmannessa vaiheessa omatoiminen kyky liikkua vuoteesta ja syödä heikkenevät. Jackson (1990) esittää, että ADL- ja IADL-toimintojen heikkenemisellä on keskinäistä yhteyttä: mikäli asiakas tarvitsee apua peseytymisessä, hän erittäin todennäköisesti tarvitsee apua myös siivouksessa ja kaupassa käynnissä.

Pitkälä ja työryhmä (2010) ovat todenneet, että päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen tarvitaan niin fyysistä, psyykkistä, kognitiivista kuin sosiaalista toimintakykyä. Tutkija on hahmottanut toimintakyvyn eri osa-alueiden sekä ADL- ja IADL-toimintojen keskinäisiä suhteita Kuvioon 7. Osa-alueet ja toiminnot menevät päällekkäin ja limittäin. Mäkelä ja työryhmä (2013) ovat todenneet, että käsitteitä myös käytetään rinnakkain, ja esimerkiksi Aallon (2011) mukaan psyykkinen ja kognitiivinen toimintakyky voidaan ymmärtää rinnakkaisiksi käsitteiksi.

Se, mitä toimintakyvyn osa-aluetta milloinkin tarvitaan, vaihtelee toiminnoittain. Niinpä ajoittain onkin haasteellista erottaa eri osa-alueiden käyttöastetta, koska kaikkiin ADL- ja IADL toimintoihin tarvitaan kahta tai useampaa osa-aluetta. Esimerkiksi syömiseen tarvitaan fyysisen osa-alueen lisäksi ainakin kognitiivista toimintakykyä: syöminen onnistuu vain jos asiakas ymmärtää tehdä niin.

¹⁶ McDowellin (2006) mukaan varhaisimpia ADL-käsitteen käyttäjiä ovat olleet Lawton vuonna 1949 sekä Katz 1957.



Kuvio 7. ADL- ja IADL-toimintojen suhde eri toimintakyvyn osa-alueisiin.

Ikäihmisten oma käsitys omasta toimintakyvystä vaihtelee riippuen siitä, vertaavatko he itseään muihin ihmisiin vai omaan aiempaan toimintaansa. Jolangin (2009) tutkimustulosten perusteella myös vuorokaudenaika saattaa vaikuttaa ikäihmisten määritelmään toimintakyvystä.

Fyysinen toimintakyky tarkoittaa esimerkiksi virtsanpidätyskykyä ja liikumista. Morrisin ja työryhmän (1999) mukaan liikkumiskyvyn huonontuminen on siis usein merkki siitä, että henkilön toimintakyky on alkanut heikentyä. Liikkumiskyvyn huonontuminen ennustaa päivittäistoimien vaikeutumista ja kaatumisia, jotka ennustavat uusia kaatumisia. Tämä puolestaan ennustaa henkilön laitoshoidon joutumista. Toimia-verkosto suosittaa liikkumiskyvyn arviointia (Mäkelä ym., 2013), ja sitä varten on kehitetty IKINÄ-hankkeen puitteissa erillinen toimintamalli sekä materiaaleja (Pajala, 2012). Lisäksi liikkumista voidaan arvioida myös *Timed Up and Go* –(TUG-) testillä (Mäkelä ym., 2013). Schoenen ja työryhmän (2013) mukaan pelkästään TUG-testin tuloksien perusteella ei kuitenkaan voida varmuudella erottaa kaatumisriskissä olevia potilaita.

Bäckmand (2006) toteaa, että fyysisellä aktiivisuudella on suuri merkitys ikäihmisten mielialaan ja toimintakykyisyyteen. Pakkalan ja työryhmän (2008) mukaan lievästi masentuneet ikäihmiset saattavat saada helpotusta masentuneisuuteen liikunnasta. Myös kognitiolla on yhteyttä päivittäisten toimintojen suorittamiseen (Valta, 2008) ja fyysiseen toimintakykyyn (Makizako, ym., 2013). Laineen ja työryhmän (2007) mukaan fyysisen toimintakyvyn arvioinnin rinnalle tarvitaan muiden osa-alueiden arviointia, koska fyysinen toimintakyky ei selitä asiakkaan avuntarvetta kokonaisuudessaan.

Psyykkinen toimintakyky on laaja käsite, jota on vaikea rajata. Aallon (2011) mukaan psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan henkilön voimavaroja, joilla hän pystyy hallitsemaan elämäänsä. Käsitteellä viitataan myös henkilön mielialaan, mielenterveyden häiriöihin tai sairauksiin, käytösoireisiin ja turvattomuuteen (STM, 2006). Jos henkilön psyykkinen toimintakyky on hyvä, hän luottaa realistisesti tulevaisuuteen ja pystyy tekemään harkittuja päätöksiä. Hän myös arvostaa itseään ja luottaa itseensä. (Aalto, 2011.)

Terveyttä koskevista tutkimuksista psyykkistä toimintakykyä voidaan mitata esimerkiksi arvioimalla masennusta (Aalto, 2011) *Geriatric Depression Scale* -testin (GDS-15) avulla (Hartikainen & Kivelä, 2003; McDowell, 2006). Psyykkistä toimintakykyä tarvitaan päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen. Psyykkinen toimintakyky voidaan myös määritellä kognitiivisen toimintakyvyn rinnakkaiseksi käsitteeksi (Aalto, 2011), ja se määräytyy osittain kognitiivisten taitojen kautta. (PsyLi, 2013.)

Kognitiivisella toimintakyvyllä tarkoitetaan henkilön kykyä käsitellä tietoa sekä säädellä ja sopeuttaa omaa käyttäytymistä lähiympäristön vaatimusten mukaan (PsyLi, 2013). Kognitiivinen osa-alue sisältää muistin, oppimisen, tiedon käsittelyn, toiminnan ohjauksen ja kielellisen toiminnan (STM, 2006).

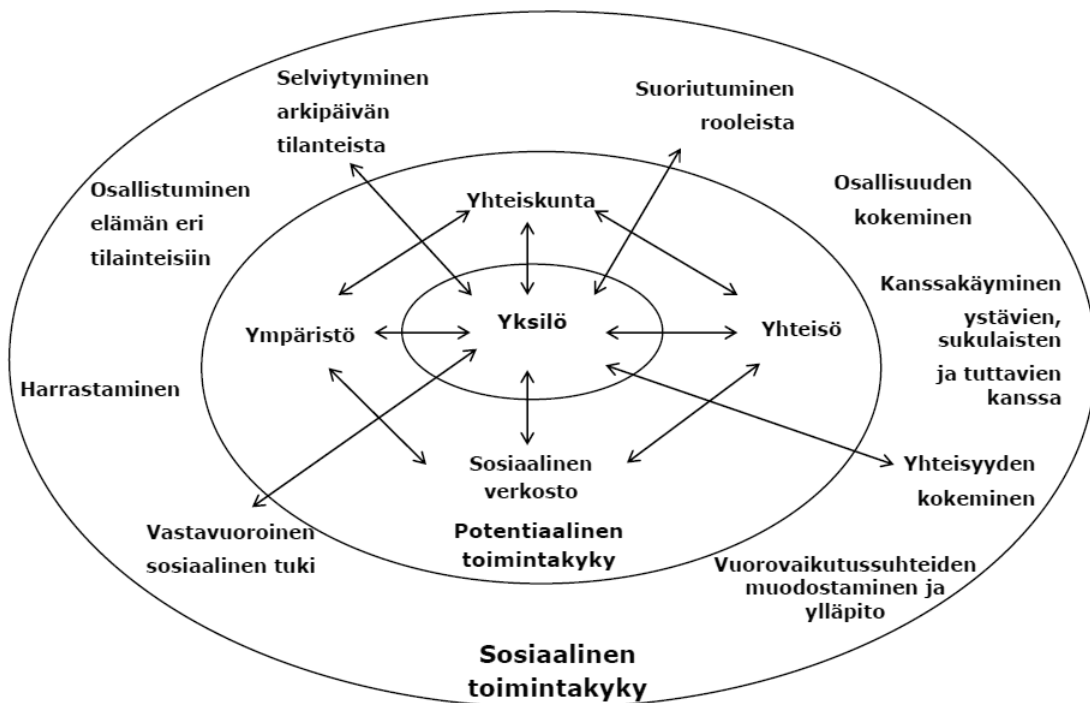
Kognitiivisen toimintakyvyn arviointi edellyttää arvioinnin tekijältä asian tuntijuutta. Arvioinnin tulisikin pohjautua psykologin luotettavilla arviointimenetelmillä tekemiin testeihin. (PsyLi, 2013.) Käypä Hoito -suosituksen mukaan kognition alkuarvioinnissa tulisi käyttää CERAD-testiä¹⁷ (Käypä Hoito, 2010). Suomessakin yleisesti käytettävää MMSE¹⁸-testin pisteisiin perustuvaa kognitiivisen toimintakyvyn arviointia tulisi täydentää¹⁹ CERAD-tehtäväsarjalla (Hänninen, ym., 2010). Mikäli kognitiota arvioidaan pelkästään henkilön itsensä täyttämän kyselylomakkeen perusteella, kognitiivisesta toimintakyvystä saadaan vain pinnallista tietoa, jonka perusteella voidaan arvioida vain esimerkiksi muistin toimintaa ja keskittymiskykyä (Toimia, 2014b).

Sosiaalinen toimintakyky on moniulotteinen käsite, ja sen arviointi on haasteellista. Ojalan (2003) mukaan sosiaaliseen toimintakykyyn kuuluu se, miten henkilö toimii arjessa ja miten hän osallistuu yhteiskunnan ja yhteisöjen toimintaan. Sosiaalinen toimintakyky on kykyä olla vuorovaikutuksessa sosiaalisen verkoston kanssa, yhteisöllisyyden ja osallisuuden kokemusta ja kykyä suorittaa erilaisista rooleista (ks. Kuvio 8). Tiikkainen (2013) toteaa, että myös sosiaalinen aktiivisuus ja osallistuminen ovat sosiaalista toimintakykyä.

¹⁷ CERAD – The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease.

¹⁸ MMSE – Mini-Mental State Examination.

¹⁹ Hännisen (2014) mukaan MMSE-testi ei tunnista herkästi lievää muistihäiriötä.



Kuvio 8. Sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueiden keskinäinen vuorovaikutus (Tiikkainen, 2013).

Sosiaalista toimintakykyä voidaan myös kuvata kyvyksi ilmaista itseään ja käyttää esimerkiksi puhelinta sekä sosiaalisten verkostojen olemassaoloksi (STM, 2006). Sosiaalisen toimintakyvyn heikkeneminen voi näkyä vaikeutena selviytyä päivittäisistä tehtävistä ja rooleista (Tiikkainen, 2013).

Sosiaalisen osa-alueiden mittaamiseen on kehitetty erilaisia arviointimenetelmiä, SPS-mittareita²⁰ (Toimia, 2014b). Tiikkaisen (2013) mukaan sosiaalisen osa-alueen arviointi ja arvioinnin tulosten hyödyntäminen palvelujen suunnittelussa on vaikeaa, koska ihmiset ovat erilaisia. Kaikilla ihmisillä ei ole halua osallistua aktiivisesti yhteiskunnan toimintaan tai ylläpitää sosiaalista verkostoa.

4.1.1 Toimintakyvyn heikentyminen

Toimintakyvyn heikentymisen riskiin liittyviä asioita ovat esimerkiksi kognitiivisen toiminnan heikkous, depressio, sairauksien lukumäärä (komorbiditeetti), vähäiset sosiaaliset kontaktit (Preyde & Brassard, 2011), korkea tai matala painoindeksi (BMI), alaraajojen toimintarajoitus, fyysinen passiivisuus, absolutismi (verrattuna kohtuulliseen alkoholin käyttöön) sekä henkilön itsensä kokema huono terveydentila, tupakointi ja huono näkökyky. (Rajala, 2007.) Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (jatkossa THL) mukaan viidennes yli 63-vuotiaista suomalaisista koki itsensä masentuneiksi ja lähes 60 prosenttia koki oman ter-

²⁰ SPS – Social Provision Scale.

veytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi (Murto ym., 2013). Helinin (2000) mukaan niillä henkilöillä, joilla on vajetta toimintakyvyssä, korkea ikä saattaa toimia toimintakyvyn vaatimustason heikentäjänä.

Aallon ja työryhmän (1999) mukaan sairauksien ja oireiden hoito on tärkeää kotona selviytymisen kannalta, mutta sairaudet eivät aina ennusta tulevaa palvelutarvetta. Mäkelä ja työryhmä (2008) ovat todenneet, että ainoastaan kotihoiton käyttö ennakoii tulevaa palveluntarvetta. Tilvis (2010) on tuonut esille, että ikääntyminen ja sairaanhoitopalvelujen tarve eivät ole riippuvaisia toisistaan. Myös Briggs (1993) sekä Ojala (2003) ovat esittäneet, että terveys ja hyvä toimintakyky eivät välttämättä tarkoita sairauden puuttumista.

Dentin ja työryhmän (2012) mukaan huono ravitsemustila ennustaa kuolleisuutta, toimintakyvyn heikkenemistä ja hoidon tarpeen lisääntymistä. Ravitsemustilan analyysillä voitaisiin tunnistaa riskiryhmät ja puuttua niihin ajoissa. Ravitsemustilaa arvioivien menetelmien käytössä tulisi huomioida, mihin kulttuuriin kukin menetelmä on kehitetty ja missä se on validoitu.

Bourbonniere ja tutkijakollegat (2003) ovat todenneet, että ikäihmisten liikkumista rajoitetaan toisinaan fyysisin keinoin. Esimerkiksi henkilön ylösnousu voidaan estää geriatrisen tuolin pöytälevyllä. Rajoitusta perustellaan asiakkaan turvallisuudella. Saarnion (2009) mukaan asiakkaan toimintakyky ja rajoitteiden käyttö tulisi arvioida päivittäin tai viikoittain, jotta välttyttäisiin rutiininomaisilta liikkumisrajoituksilta. Liikkumisen estäminen aiheuttaa liikuntakyvyn heikkenemistä entisestään, ja ikäihmisistä tehdään helposti vuodepotilaita. Lisäksi esimerkiksi olkavarren murtuma voi muuttaa käden toimintaa siten, että henkilö ei voi enää osallistua kuntosalitoimintaan, mikä saattaa passivoida asiakkaan muuta osallistumista. Passiivisuus voi puolestaan laskea asiakkaan yleiskuntoa.

Toimintakyvyn heikkenemisen ehkäisymenetelmien vaikutuksia on haasteellista arvioida ja verrata toisiinsa, koska toimintakykyyn kohdistuneita interventioita ei aina kuvata tarpeeksi tarkasti. Lin ja työryhmä (2012) sekä Dent tutkijaryhmineen (2012) ovat esittäneet, että koska toimintakyvyn käsite vaihtelee, olisi sovittava yhteisistä toimintakyvyn määritelmistä ja mittausmenetelmistä (ks. myös Ojala 2003).

4.1.2 Toimintakyvyn koheneminen

Heaven ja työryhmä (2013) ovat todenneet, että erilaiset toimenpiteet ja ohjelmat, joilla tuetaan sosiaalisia rooleja saattavat lisätä ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä: niin tyytyväisyyttä elämään, sosiaalista tukea ja aktiivisuutta, fyysistä terveyttä ja aktiviteetteja kuin toiminnallista terveyttä ja kognitiota. Vanhuksiin kohdistuvien toimenpiteiden tai ohjelmien vaikuttavuutta voidaan mitata esimerkiksi elämänlaadun mittaamiseen tarkoitetuilla arviointimenetelmillä ja ikäihmisten harrastamiseen käyttämällä ajalla.

Hirvensalon ja työryhmän (2005) mukaan ikäihmiset muistavat paremmin terveydenhuollon ammattilaisten antamat liikkumisrajoitukset kuin liikkumiseen kannustamisen. Somersaari (2013) on todennut, että omaisten ilmaisema

huoli asiakkaasta saattaa lisätä asiakkaan epävarmuutta liikkuu. Oikarisen ja tutkijakollegojen (1998) mukaan ikäihmisten arkeen on kuitenkin saatavilla tekniä apuvälineitä, joilla voidaan tukea turvallisesti heidän selviytymistään arjesta.

Voutilaisen (1991) ja Herrasen (2008) mukaan hoitajien tulisi kiinnittää enemmän huomiota ikäihmisten voimavaroihin ja hyödyntää niitä aktiivisesti. Ruland (1999) tuo esille, että asiakkaiden mieltymyksien huomioinen parantaa heidän fyysistä toimintakykyään. Tarhonen (2013) toteaa, että usein asiakkaita hoidetaan liikaa, eikä ikäihmisten omatoimisuutta ja toimintakykyä huomioida: heidät hoidetaan passiivisiksi. (Ks. myös Koskinen, 2003.) Finne-Soverin (2010) mukaan hoitohenkilökunnan tulisi tuntea asiakkaan toimintakyky hyvin, jotta tälle osataan antaa oikeanlaista hoitoa ja palvelua. Henkilökunnan tulisi tuntea asiakkaiden lisäksi myös heidän omaisensa. Vähäkangas (2010) esittää, että hoitajan usko asiakkaan kuntoutumismahdollisuuksiin voi vaikuttaa hänen aktiivisuuteensa toteuttaa asiakkaan kuntoutumista edistävää toimintaa. Hartikaisen ja Kivelän (2003) sekä Koivulan (2013) mukaan hoitajat voisivat tukea myös asiakkaan omaisten aktiivista osallistumista toimintakyvyn ylläpitäjinä.

Mikäli asiakkaan terveydentila sallii, aktiivinen liikkeelle kannustaminen pitäisi olla sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiselle itsestään selvää. Karjulan (2013, 2014) mukaan asiakkaan omatoiminen liikkuminen saattaa kuitenkin aiheuttaa hoitajissa ihmetystä. Huonosti liikkuville ikäihmisille liikkuminen on erityisen tärkeää, jotta he eivät passivoidu. Nummijoki (2001) toteaa, että kuntosaliharjoittelu tai kotona tehty liikuntaharjoitteet eivät asiakkaiden omien kokemusten mukaan parantaneet selviytymistä ADL-toiminnoissa. Sen sijaan harjoittelu paransi tasapainoa ja lisäsi kävelynopeutta sekä itse arvioitua portaissa liikkumista. Tikkasen (2015) mukaan keski-ikässä liikuntaa harrastaneilla on ikäihmisinä yleensä parempi fyysinen toimintakyky kuin vähemmän liikunnallisilla henkilöillä. Tutkimuksessa testattiin yli 75-vuotiaiden (n = 1000) toimintakykyä 400 metrin kävelytestillä, ja aktiivisten liikkujien tuloksia verrattiin aiemmin vähemmän liikkuneiden henkilöiden tuloksiin.

4.2 IKÄIHMISTEN PALVELUJA OHJAAVAT TEKIJÄT

4.2.1 Lainsäädäntö ja suositukset

Suomessa on paljon ikäihmisten palvelujen tuottamista (STM, 2014) koskevaa **lainsäädäntöä**. Seuraavassa käsiteltävien lakien lisäksi on useita lakeja, jotka liittyvät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttöön. Niissä ei kuitenkaan mainita ikäihmisiä erikseen. Tutkimuksen ulkopuolelle on rajattu omaishoidon-tukea, perhehoitajien toimintaa, asiakasmaksuja ja erityisryhmien (esim. sotave-teraanien) oikeuksia ohjaava lainsäädäntö.

Jokaisella henkilöllä on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpi-toon, ellei henkilö pysty huolehtimaan siitä itse. Lisäksi jokaiselle kansalaiselle on turvattava riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. (Laki 731/1999.) Asiakkaalla on oikeus saada laadukkaita ja yksilölliset tarpeet huomioivia palveluja sekä ihmisarvoa ja yksityisyyttä kunnioittavaa kohtelua. Kun asiakas otetaan vakitui-seksi sosiaalihuollon asiakkaaksi (esim. kotipalveluun), hänelle tulee laatia hoi-to- ja palvelusuunnitelma. Suunnitelma laaditaan yhdessä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa. (Laki 812/2000.) Asiakkaan hoidon tulee perustua hänelle yksilöllisesti laadittuun HoPaSuun (Laki 922/2011). Kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut monella tavalla: joko itse tai esimerkiksi kuntayh-tymän jäsenenä. Lisäksi kunta voi ostaa palvelut esimerkiksi yksityiseltä palve-lujen tuottajalta. (Laki 733/1992.)

Vanhuspalvelulaki on ensimmäinen suomalainen laki, joka on kohdennettu vanhuseläkkeeseen oikeutetuille henkilöille. Laki määrää kunnan yleisten vel-vollisuuksien lisäksi periaatteet ikäihmisten palvelutarpeen arvioitiin ja siihen vastaamiseen sekä palvelujen laadun seuraamiseen. Lisäksi laki ohjeistaa kuntia suunnitelmallisuuteen ja järjestelmällisyyteen ikäihmisten palvelujen suunnitte-lussa ja järjestämisessä. Lain tavoitteena on varmistaa, että laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut ovat saatavilla silloin, kun ikäihmisten heikentynyt toiminta-kyky sitä edellyttää. (Laki 980/2012.)

Uusi sosiaalihuoltolaki tuli voimaan asteittain vuoden 2015 alusta alkaen. Siinä kotipalvelu, kotihoito ja asumispalvelut siirtyivät sosiaalihuoltolain alai-suuteen. Laki sisältää myös tiedon tuottamiseen ja hyödyntämiseen liittyviä asioita: tietoa tulee tuottaa asiakkaan tarpeiden näkökulmasta. Lisäksi asiakas-suunnitelman toteutumista, tavoitteiden saavuttamista ja tarpeiden uudelleen arviointia tulee seurata. (Laki 1301/2014.) Kansanterveyslakiin vuonna 2004 teh-ty muutos (1429/2004) mahdollisti edellä mainitun kotipalvelun ja kotisaira-anhoidon osittaisen tai kokonaisvaltaisen yhdistämisen kotihoidoksi. Kokeilu on mahdollista vuoden 2016 loppuun saakka. Kotihoitoa voidaan käsitellä joko sosiaali- tai terveydenhuollon yksikkönä riippuen siitä, kumman toimielimen alle se hallinnollisesti on sijoitettu. Mikäli lain mukaista kokeilua varten on pe-rustettu uusi yksikkö, sen hallinnollinen sijainti määräytyy tehtävien painotuk-sen perusteella. (Laki 66/1972.)

Ikäihmisille voidaan myöntää kaupassa asiointia varten kuljetustukea (Laki 380/1987) jos hän ei voi käyttää julkista liikennettä esimerkiksi eksymisvaaran takia (ks. esimerkiksi Lahti, 2014). Ikäihmisten on myös mahdollista saada hoitotukea korkeisiin hoito-, huolenpito- tai lääkekustannuksiin. Tuen saannin edellytyksenä on hakijan heikentynyt toimintakyky. (Laki 570/2007.)

Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista (Laki 254/2015) tuli voimaan huhtikuussa 2015. Siinä on säädetty, että asiakastyöhön osallistuva sosiaalihuollon ammatillinen henkilöstö sekä avustava henkilöstö ovat velvollisia kirjaamaan ja tallentamaan sosiaalihuollon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen, seurannan ja valvonnan kannalta tarpeelliset ja riittävät tiedot määrämuotoisina asiakirjoina.

Yhteenvedona lainsäädännöstä voidaan todeta, että ikäihmisten palveluja ja toimintaa ohjaavissa laissa on säädetty, että ikäihmisille tulee suunnitella ja tarjota laadukkaita ja yksilöllisesti suunniteltuja palveluja ja tarjottujen palvelujen laatua tulee seurata. Palvelujen myöntämisen edellytyksenä on toimintakyvyn heikentymisen aiheuttama avuntarve. Vanhuspalvelulaki (Laki 980/2012) ei siis sisällä ikäihmisten subjektiivisesti kokemaa oikeutta palveluun, esimerkiksi henkilön korkean iän vuoksi. Käsitys palvelutarpeesta saattaakin olla erilainen ikäihmisten ja palveluntarjoajan välillä (ks. Vaarama, 1992). Vaikka ikäihmisten oma mielipide palvelujen riittävydestä tulee huomioida, on muistettava, että palvelujen myöntäminen perustuu todelliseen tarpeeseen, ei ikäihmisten subjektiiviseen käsitykseen.

Lainsäädäntö edellyttää tiettyjä asioita, ja niiden toteutumisen arviointi onnistuu vain dokumentointia seuraamalla. Esimerkiksi Vanhuspalvelulaki (Laki 980/2012) edellyttää ikäihmisten toimintakyvyn arviointia. Uusinta-arviointeja voidaan hyödyntää asiakkaan tilanteen seurannassa ja tehdä toimintakyvyn huononemisen ja paranemisen perusteella tarvittavat muutokset HoPaSuun. Myös esimerkiksi kuljetustuen ja eläkkeensaajan hoitotuen saaminen edellyttävät toimintakyvyn arviointia ja dokumentointia.

Sosiaali- ja terveysministeriön (jatkossa STM) ja Kuntaliiton antama **laatusuositus** hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi antaa useita suosituksia, joiden päätavoitteena on turvata ikäihmisten mahdollisimman terve ja toimintakykyinen elämä. Lisäksi suosituksen tavoitteena on taata laadukkaat ja vaikuttavat palvelut palveluntarpeessa oleville ikäihmisille. (STM, 2013.) Kotihoidon johtajat kokevat laatusuositukset hyödyllisiksi (Tepponen, 2009).

Laatusuosituksen toteutumisen seuranta varten on kehitetty erilaisia indikaattoreita. Näitä ovat esimerkiksi palvelurakennetta ja palveluntarvetta kuvaavat ikäihmisten ja muistisairautta sairastavien henkilöiden määrät (Sotkanet, 2014). Toimintakykyarviointien ajantasaisuutta kuvaavien indikaattorien kehittäminen on suunnitteilla. Tällä hetkellä ajantasaisuutta seurataan kunnissa tehtävillä tilastokyselyillä ja asiakkaan subjektiivisiin kokemuksiin perustuvilla

kyselyillä. Suosituksen mukaan kuntoutumisen ja toimintakykyä edistävien toimintamallien toteuttamista seuraavat paikallisesti lähijohtajat. (STM, 2013.)

Vuoden 2015 alusta voimaan tullut määräys omavalvontasuunnitelmasta edellyttää dokumentointia, jossa kuvataan esimerkiksi seuraavanlaisia asioita: Miten organisaatiot ja yksiköt järjestävät HoPaSun laatimisen? Kuinka asiakkaiden toimintakykyä edistetään? Miten tämä toteutuu käytännössä? Lisäksi omavalvontasuunnitelmaan on kirjattava tieto siitä, miten organisaatio toteuttaa asiakastietojen kirjaamiseen liittyviä ohjeita ja määräyksiä. Omavalvontasuunnitelman laatimisesta, toteuttamisesta ja seurannasta vastaa kunkin yksikön vastuuhenkilö tai johtaja. (Valvira, 2014.)

Lainsäädännön ja suositusten taustalla on arvot. Jokainen yksilö pystyy päättämään itse, noudattaako lakia (Tala, 2005) ja suosituksia, joten tärkeiksi tekijöiksi määräysten noudattamisessa nousevat hoitajan ja organisaation omat arvot (Aaltonen & Junkkari, 2000).

4.2.2 Arvot toimintaa ohjaavina tekijöinä

Arvoilla tarkoitetaan asioita, joita pidetään tärkeinä. Jos henkilö kokee jonkin arvon tärkeäksi, hän toimii sen mukaan, vaikka se olisi itselle epämukavaa (Aaltonen & Junkkari, 2000). Humen (Pietarinen, 2015) mukaan moraali perustuu ihmisten sopimukseen toimia määrättyjen tapojen ja sääntöjen mukaan sekä tunteisiin ja haluihin, koska järki ei motivoi ihmistä riittävästi (Russell, 2001). Kantin kategorisen imperatiivin (Silva, 1990) mukaan teon motiivi on tärkeä: emme siis hoida ikäihmisiä hyvin vain, koska niin pitää tehdä. Turunen (1993) toteaa, että väärä motivaatio työhön saattaa heikentää yhteisön toimintaa. Tässä yhteydessä väärällä motivaatiolla tarkoitetaan muuta kuin ihmisten auttamiseen liittyvää motivaatiota, esimerkiksi pelkkää ansaitsemista omien elinkustannusten kattamiseksi.

Länsieurooppalaisessa kulttuurissa korostetaan tasa-arvoa, älyllistä autonomiaa ja harmoniaa (Schwartz, 2011). Yhdistyneiden kansakuntien ihmisoi-keusjulistus korostaa jokaisen ihmisen oikeutta saada tasavertaista ja oikeudenmukaista kohtelua (YK, 1948). Tasapuolisuus ei tarkoita välttämättä samanlaista kohtelua: egalitarismin (oikeudenmukaisuus) mukaan erilainen kohtelu on sallittua, jos ihmisillä on erilaisia tarpeita (Häyry & Häyry, 1997). Esimerkiksi ikäihmisillä ei siis ole pelkän iän perusteella subjektiivista oikeutta palveluun (ks. Laki 980/2012).

Ikäihmisiä tulee kohdella yksilönä, ja heidän hoitonsa tulee perustua henkilöiden omiin tarpeisiin ja toiveisiin siten, että heidän arvoja kunnioitetaan. Myös vanhuksen toiveita, itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä tulee kunnioittaa. Hoidossa tulee huomioida vanhuksen terveydentila ja toimintakyky. Hyvä hoito on suunniteltu kokonaisvaltaisesti, ja sen toteuttavat ammattitaitoiset toimijat. Koskinen ja työryhmä (1988) toteaa, että vanhuksella on oikeus hyvään hoitoon ja arvokkaaseen kuolemaan (ks. myös Koskinen, 1994).

Rassinin (2008) mukaan hoitajien kolme tärkeintä ammatillista arvoa olivat ihmisarvon kunnioittaminen, asiakkaiden tasa-arvoinen kohtelu ja kärsimyksen lievittäminen. Suomen lähi- ja perushoitajien liiton (SUPER, 2009) ja Suomen sairaanhoitajaliiton (SHL, 1996) eettisten ohjeiden mukaan työtä ohjaavia eettisiä periaatteita ovat ihmisarvon kunnioittaminen, asiakkaan itsemääräämisoikeus, tasa-arvo, oikeudenmukaisuus, vastuullisuus, luottamuksellisuus ja yhteisöllisyys (ks. myös Koskinen ym., 1988; Koskinen, 1994).

Toiminnalle, tässä tapauksessa ikäihmisten hoidolle, on eettisiä edellytyksiä: arvojen tulee olla konkreettisia, jotta niiden toteutumista voidaan seurata (Simon, 1979; Aaltonen & Junkkari, 2000). Koskisen (1994) mukaan eettisyyden tulee näkyä ikäihmisten jokapäiväisessä hoidossa. Voutilainen (2001) ja Seedhouse (2009) toteavatkin, että sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta vaatii henkilökunnalta sitoutumista ja ymmärrystä siitä, että työ on yhteiskunnallisesti merkityksellistä (Styles, 1990). Työntekijän henkilökohtainen moraali, eettiseen ajatteluun pohjautuva työrooli, ammatissa toteutettavat eettiset säännöt sekä itse ammatin toteuttaminen saavat vaikutteita sosiaalisista normeista, laeista ja yleisistä mielipiteistä (Banks, 2004; Banks, 2012; ks. myös Turunen, 1993).

Arvot liittyvät myös **organisaatiokulttuuriin**: Schein (1987) esittää organisaatiokulttuurin sisältävän kolme tasoa, joita ovat artefaktat ja luomukset, arvot sekä perusoletukset (ks. Kuvio 9). Myös Choo (1998) kuvaa organisaatiokulttuurin sisältävän hiljaista tietoa, jota ovat organisaation arvot, uskomukset ja perusoletukset.

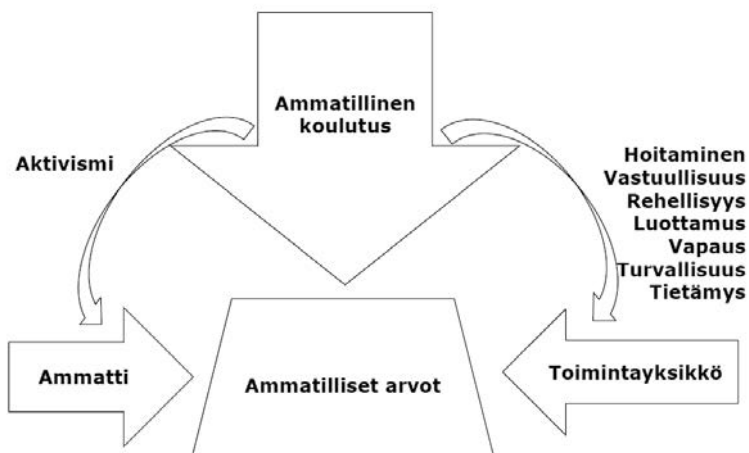
Artefaktat tarkoittavat ihmisen luomaa fyysistä ja sosiaalista ympäristöä sekä toimintaa. Jotta toimintaa voidaan ymmärtää, tulee tarkastella toimintaa ohjaavia arvoja. Niihin puolestaan vaikuttavat vahvasti aiemmin opitut arvot siitä, miten asioiden tulisi olla. Kun toimintaa muutetaan, eri toimijat saattavat perustaa käsityksensä muutoksesta pelkkien arvojen varaan, sillä heillä ei välttämättä ole tietoa siitä, perustuuko muutos tosiasioihin. Jos toiminnanmuutos osoittautuu toimivaksi, siihen liittyvä arvo voi muuttua uskomukseksi ja sitä kautta perusoletukseksi. Arvojen tulee perustua perusoletuksiin. Muussa tapauksessa arvot ovat pinnallisia, ja tällöin ihmisten puheet arvoista ja käytännön toiminta saattavat olla keskenään ristiriidassa.

Perusoletukset syntyvät, kun toiminnanmuutoksesta tulee jatkuvaa toimintaa, ja uudesta toimintatavasta itsestäänselvyys. Tapa, joka perustui alun perin arvoille, muuttuukin todellisuudeksi – näin tulee toimia. Toisin sanoen mikäli toiminnan halutaan onnistuvan suunnitellusti, tulee ihmisten arvojen ja sitä kautta myös perusoletusten muuttua. (Schein, 1987.) Jotta yksilö pystyy toimimaan organisaation yhteisten tavoitteiden mukaan, tulee hänen Hofsteden mukaan ymmärtää eri toimintakulttuurien erot (Ford, Connelly & Meister, 2003). Choon ja työryhmän (2008) mukaan ihmisten uskomukset, arvot ja normit vaikuttavat tiedonhallintaan.



Kuvio 9. Toimintakulttuurin kolme tasoa ja niiden keskinäinen vuorovaikutus mukaillen Scheinia (1987).

Weis ja Schank (2002) ovat tutkineet ammatillisten arvojen syntymistä. Tutkimuksessa käytettiin amerikkalaisten hoitajien yhdistyksen (ANA²¹) eettisten ohjeiden pohjalta kehitettyä *Nursing Professional Values Scale* -mittaria. Tutkimuksessa oli mukana eri koulutusasteisia sairaanhoitajia mukaan lukien kandidaatti- ja maisteriopiskelijoita (n = 599), joiden vastausten faktorianalyysin tulosten perusteella kaksi tekijää vaikuttivat eniten ammatillisten arvojen syntyyn (ks. Kuvio 10).



Kuvio 10. Ammatillisten arvojen syntyminen Weisin ja Schankin (2002) mukaan.

²¹ ANA – American Nurses Association

Vapaasti suomennettuna nämä kaksi tekijää²² ovat asiakkaan hoitaminen eettisten periaatteiden mukaan ja aktivismi. Muita ammatillisten arvojen syntymiseen vaikuttavia tekijöitä ovat vastuullisuus, rehellisyys, luottamus, vapaus, turvallisuus ja tietämys. Elfrinkin ja Lutzin mukaan hoitajien tulisi tunnistaa omat arvonsa ja niiden vaikutus toimintaan (Weis & Schank, 2002). Ammatillisten arvojen syntyyn vaikuttavat edellisten lisäksi ammatillinen koulutus, ammatti sekä toimintayksikkö erityispiirteineen.

Ahlmanin (1920) mukaan arvot ovat aina subjektiivisia ja ne ohjaavat toimintaa (ks. myös Rokeach, 1972; Seedhouse, 2009). Kaikki ihmisen arvot eivät kuitenkaan näy ulospäin (Aaltonen & Junkkari, 2000). On siis olemassa arvoja, joita toteutetaan näkyvänä toimintana ja arvoja, joita ei toteuteta konkreettisesti.

Tässä tutkimuksessa vastaajien henkilökohtaisia arvoja tarkastellaan Schwartzin arvoteorian (Puohiniemi, 2002) näkökulmasta. Schwartz esittää kymmenen arvoa, (ks. Taulukko 10) joita ovat itseohjautuvuus, virikkeisyys, mielihyvä, suoriutuminen, valta, turvallisuus, yhdenmukaisuus, perinteet, hyväntahtoisuus ja universalismi.

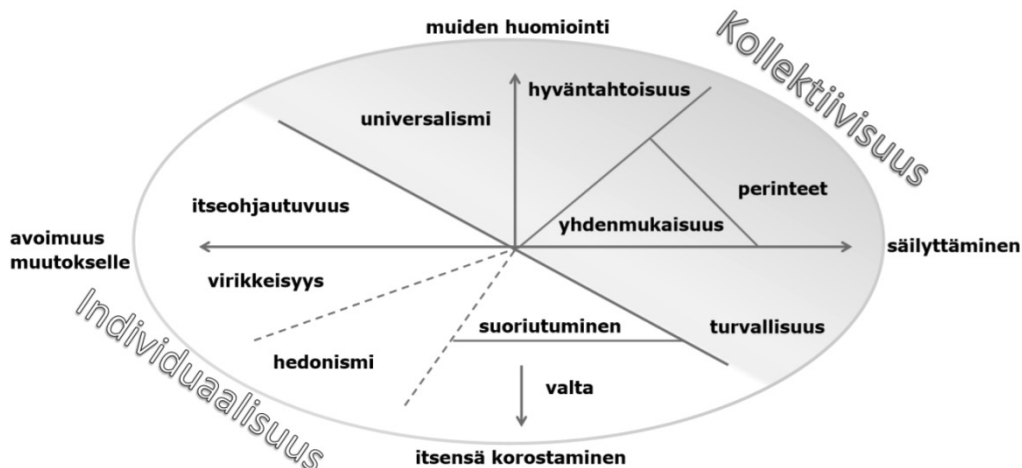
Puohiniemen (2002) mukaan arvot määritellään seuraavasti: **Itseohjautuvuus** henkilölle ovat ominaisia sallivuus ja kulttuurinen avoimuus. Näille vastakkaisia arvoja ovat perinteiset auktoriteetit ja yksilön vapauden rajoittaminen. **Virikkeinen** henkilö arvostaa yksilön vapautta ja vastustaa rajoittamista ja yhteisvastuuta. **Hedonisti** suhtautuu myönteisesti kaupallisuuteen, sallivuuteen ja mukavuudenhaluun. Yhteisvastuu ja omien nautintojen torjuminen ei ole tyypillistä toimintaa hedonistille. **Suoriutuminen** ilmenee myönteisenä suhtautumisena tekniikkaan, tehokkuuteen ja kaupallisuuteen, **valta** puolestaan myönteisenä suhtautumisena teknologiaan, tehokkuuteen ja kaupallisuuteen. Vallalle vastakkaisia ajattelutapoja ovat suvaitsevuus, sallivuus ja kulttuurinen avoimuus. **Turvallisuus** on yhteiskunnallista konservatiivisuutta, mutta myös myönteistä suhtautumista kontrolliin ja auktoriteetteihin. Suvaitsevuus, sallivuus ja kulttuurinen avoimuus ovat myös turvallisuudelle vastakkaisia ajattelutapoja. **Yhdenmukaisuutta** kuvaa yhteiskunnallinen konservatiivisuus ja kontrolli sekä auktoriteettien hyväksyminen. **Perinteitä** kunnioittava henkilö kokee uudistukset uhkaavaksi. **Hyväntahtoisuus** voidaan tulkita kuuluvaksi ihmisyyteen normatiivisena arvona. **Universalismi** on kulttuurista avoimuutta, suvaitsevuutta ja vapaamielisyyttä sekä tasa-arvon ihannointia. Universalistisessa ajattelussa korostuu muita arvoja enemmän myös ympäristöstä ja muista ihmisistä huolehtiminen.

²² Weis ja Schank (2000) määrittelevät, että asiakkaan hoitaminen eettisten periaatteiden mukaan tarkoittaa esimerkiksi asiakkaan hoitamista ilman ennakkoluuloja ja asiakkaan etujen valvomista. Aktivismi määritellään hoitajan aktiiviseksi osallistumiseksi ammattinsa kehittämiseen esimerkiksi tutkimuksen kautta. Aktivismi auttaa hoitajaa lisäämään ammattitaitoaan ja hoitamaan asiakkaita entistä paremmin.

Taulukko 10. Schwartzin arvoteorian mukaiset arvot ja niiden sisällöt (Puohiniemi, 2002).

Arvo	Arvon merkityssisältö
itseohjautuvuus	<ul style="list-style-type: none"> toiminnan ja ajattelun vapaus, itsensä kehittäminen omien päämäärien valinta, halu kokeilla omia rajoja
virikkeisyys	<ul style="list-style-type: none"> jännityksen ja uuden etsiminen haasteiden kohtaaminen, elämyksien etsintä mahdollisuus toisen ehdoilla tapahtuvaan toimintaan
mielihyvä	<ul style="list-style-type: none"> mielihyvän ja nautinnon etsiminen itsensä hemmottelu, omien nautintojen tyydyttäminen
suoriutuminen	<ul style="list-style-type: none"> henkilökohtaisen menestyksen tavoittelu asioiden ottaminen henkilökohtaisena haasteena
valta	<ul style="list-style-type: none"> muiden ihmisten ja resurssien hallinta yhteiskunnallisen arvostuksen ja statuksen kunnioittaminen tuttujen asioiden harrastaminen, riskittömyys maineen, kunnian ja varallisuuden tärkeys
turvallisuus	<ul style="list-style-type: none"> yhteiskunnan, lähipiirin ja oman elämän tasaisuus ja harmoni- nen jatkuvuus vanhemmilla ihmisillä esim. terveys, nuorilla esim. muodin seu- raaminen
yhdenmukaisuus	<ul style="list-style-type: none"> pidättäytyminen niistä teoista ja mieltymyksistä, jotka sovit yhteisön normeja vastaan muiden ihmisten ja asioiden, esim. lasten harrastusten tai naa- puruston sääntöjen, kautta eläminen
perinteet	<ul style="list-style-type: none"> kulttuurin ja uskonnon määräämien tapojen noudattaminen ja kunnioittaminen
hyväntahtoisuus	<ul style="list-style-type: none"> lähipiiriin kuuluvien ihmisten hyvinvoinnin edistäminen, huolen- pito ja kiltteys mahdollinen arvostuksen ja hyväksynnän tavoittelu
universalismi	<ul style="list-style-type: none"> myös muiden kuin omaan lähipiiriin kuuluvien ihmisten ja kult- tuurin arvostaminen, suojeleminen ja suvaitseminen ihmisyys kriittinen ajattelu ja moraaliset kannanotot

Schwartzin ja Boehnken (2004) mukaan universalismi korreloi positiivisesti ja korkeasti hyväntahtoisuuden ja itseohjautuvuuden kanssa. Arvovalintojen perusteella (ks. Kuvio 11) voidaan siis päätellä, onko henkilö arvomaailmaltaan **kollektiivinen**, jolloin hän huomioi toiminnassaan muut ihmiset ja haluaa pitää asiat nykyisenlaisina. Toinen vaihtoehto on, että henkilön arvomaailma on **individuaalinen**, jolloin henkilö on avoin muutokselle ja taipuvainen korostamaan toiminnassaan omaa itseä. (Ks. Ahlman (1920); Rokeach (1972); Gallivan & Srite (2005) Hofsteden mukaan.) Puohiniemi (2002) tuo esille, että universalismi ja turvallisuus voivat palvella sekä individualistisia että kollektiivisia tarkoituksia. Tässä tutkimuksessa universalismi ja turvallisuus nähdään kollektiivisina arvoina. Puohiniemen (2002) mukaan hoitamiseen tarvitaan universalismia ja se on siksi sijoitettu kollektiivisiin arvoihin. Tutkijan mielestä turvallisuuden kuvaus vastasi myös kollektiivista ajattelutapaa.



Kuvio 11. Schwartzin arvokehä (Puohiniemi, 2002).

Joka kolmannen henkilön arvoprofiilissa on ristiriitaisuuksia, eli valitessaan itselle tärkeitä arvoja, useimmat henkilöt valitsevat vähintään yhden arvon, joka sijoittuu arvokehällä vastakkaiselle puolelle kuin suurin osa henkilölle tärkeistä arvoista. Jos siis halutaan saada henkilö toimimaan tietyn kollektiivisen päämäärän saavuttamiseksi, henkilön motivoinnissa voidaan korostaa päämäärän saavuttamisen tuomaa mielihyvää, joka sijoittuu arvokehällä individaalisuuden puolelle. (Puohiniemi, 2002). Ahlman (1920) toteaa, että henkilö ei kuitenkaan voi toteuttaa yhtäaikaista vastakkaisia arvoja. Pakizehin ja tutkijakollegoiden (2007) tulosten mukaan henkilön toiminnan tai valinnan perusteita arvioissa sitä ei kannata arvioida yksittäisiä arvovalintoja, vaan kokonaisuutta.

Kun verrataan Suomen sairaanhoitajaliiton (SHL, 1996) ja Perushoitajaliiton (SUPER, 2009) kuvaamia arvoja Schwartzin arvoteoriaan (Puohiniemi, 2002; Schwartz & Boehnke, 2004), liittojen arvot painottuvat arvoihin, joissa kuvataan muiden huomioimista, toisin sanoen arvokehän kollektiiviselle puolelle. Esimerkiksi liittojen esittämä tasa-arvo löytyy sellaisenaan arvomittarin universaalisuudesta ja vastuullisuus hyväntahtoisuudesta. Matilaisen (2004) mukaan universaalisuus ja hyväntahtoisuus voidaan tulkita myös lähimmäisenrakkaudeksi. Styles (1990) on todennut, että kollektiivisuudella voidaan viitata työyhteisön ryhmähenkeen, mutta tässä tutkimuksessa sillä tarkoitetaan Puohiniemen (2002) määritelmän mukaan myös asiakkaiden ja läheisten tarpeiden huomiointia. Myös lähihoitajakoulutuksen opetus suunnitelmista (n = 4) löytyy Vatasen (2012) mukaan hyväntahtoisuuden tavoite: hyvän lähihoitajan tulee olla esimerkiksi luotettava ja aidosti välittävä.

Se, mitkä arvot ihmiset näkevät tärkeimpinä, vaihtelee tutkimuksittain. Verkasalon (1996) tutkimuksessa kolme tärkeintä arvoa olivat hyväntahtoisuus, universalismi ja itseohjautuvuus, (ks. Taulukko 11) kun taas Puohiniemen (2002)

tutkimuksessa tärkeimmät arvot olivat hyvántahtoisuus, turvallisuus ja universalismi. Ainosen (2003) lähi- ja sosionomiopiskelijoiden arvoista tehdyssä ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä kolmeksi tärkeimmäksi arvoksi nousivat hyvántahtoisuus, mielihyvä ja yhdenmukaisuus.

Taulukko 11. Kolme tärkeintä arvoa eri tutkimuksissa Schwartzin arvomittaria hyödyntäen.

Arvo	Verkasalo (1996)	Puohiniemi (2002)	Ainonen (2003)
itseohjautuvuus	3		
virikkeisyys			
mielihyvä			2
suoriutuminen			
valta			
turvallisuus		2	
yhdenmukaisuus			3
perinteet			
hyvántahtoisuus	1	1	1
universalismi	2	3	

Rassinin (2008) tutkimuksessa hoitajien (n = 323) kolme tärkeintä arvoa olivat turvallisuus, onnellisuus ja suoriutuminen. Tutkimuksessa käytettiin Rokeachin kehittämää arvomittaria. Verkasalon mukaan (1996) arvovalintoihin vaikuttavat vastaajan sukupuoli ja koulutus (ks. myös Rassin, 2008).

Rassinin (2008) tutkimuksen päätelmien mukaan hoitajien omien arvojen tulisi olla samankaltaisia organisaation ammatillisten arvojen kanssa, jotta hoitotyö täyttäisi organisaation asettamat laatuksiteerit. Irving ja Snider (2002) toteavat, että ammatillisia arvoja tulisi opettaa hoitajien koulutusvaiheessa (ks. myös Weis & Schank, 2002). Chalfontin ja Hafford-Letchfieldin (2010) mukaan hoitajien käsityksiin hyvästä hoidosta pitäisi kiinnittää enemmän huomiota kuin lain-säädännön tuomiin määräyksiin. Banks (2004) kuvaa, että ammatillisia arvoja voidaan kutsua myös tietyn ammattikunnan asenteiksi.

Hoitajien henkilökohtaiset arvot sekä ammatilliset arvot ovat siis yhteydessä toisiinsa. Mikäli henkilökunta ei käyttäydy organisaation arvojen tai lakien ja suositusten mukaan, se ei ole sisäistänyt yhteisiä arvoja ja perusolettamuksia (ks. Schein, 1987). Tällöin henkilön henkilökohtaiset arvot ovat ristiriidassa organisaation yhteisten arvojen kanssa.

Lehtonen, Kurra ja Viinikainen (1991) toteavat, että arvot vaikuttavat henkilön toimintaan halusi hän sitä tai ei (ks. myös Turunen, 1994). Tässä tutkimuksessa arvot määritellään toimintaa ohjaaviksi elementeiksi (Aaltonen & Junkkari, 2000; Choo, Bergeron, Detlor & Heaton, 2008)

4.3 IKÄIHMISTEN HOITOA VARTEN TARVITTAVAN TIEDON HANKINTA

Vanhuspalvelulaki (Laki 980/2012) edellyttää, että ikäihmisten palvelutarpeet selvitetään monipuolisesti ja luotettavia arviointimenetelmiä käyttäen. Suunnittelun apuna voidaan käyttää luotettavia toimintakyvyn arviointiin sekä palvelutarpeen määrittämiseen kehitettyjä arviointimenetelmiä (Räsänen, 2005), joita on käytössä useita erilaisia (Päivärinta & Haverinen, 2002).

Asiakkaan tai henkilön arviointi voidaan tehdä monella eri tavalla. Arvioinnin voi toteuttaa luotettavasti Üstünün ja työryhmän (2010) mukaan haastattele-malla henkilöä puhelimitse. Myös sairaanhoitaja tai läheinen voi tehdä arvioinnin, kuten Collin ja tutkijakollegat (1988) kirjoittavat. Toisaalta Elamin ja työryhmän (1991) mukaan asiakkaalla itsellään, hänen omaisillaan ja terveydenhuollon ammattilaisilla saattaa kaikilla olla eri käsitys asiakkaan toimintakyvystä²³

Arviointien tavoitteena on saada mahdollisimman monipuolinen ja luotettava kuva ikäihmisten toimintakyvystä (Alén, Kukkonen-Harjula & Kallinen, 1997; Laukkanen, 2001; Mäkitalo, 2001). Clarken ja tutkimusryhmän (2003) mukaan asiakkaan elämänhistorian tunteminen lisää hoitajien ymmärrystä asiakkaasta ja auttaa heitä näkemään tämän yksilöllisenä ihmisenä.

Toimintakykyarviointin perusteella laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma (Laki 980/2012), jonka tarkoituksena on järjeistää asiakkaan palvelua sekä auttaa palvelun laadun ja määrän arvioinnissa (Morris ym., 1990; Lehtonen ym., 1991; Vähäkangas ym., 2005; ks. myös Turjamaa, 2014). HoPaSu tulee tehdä moniammatillisena yhteistyönä sekä yhteistyössä asiakkaan läheisten kanssa (Päivärinta & Haverinen, 2002). Hawesin ja työryhmän (1997) mukaan systemaattinen toimintakyvyn arviointimenetelmien käyttö parantaa hoitosuunnitelmien laatua.

Päivärinnan ja Haverisen (2002) mukaan HoPaSun tietoja voidaan hyödyntää usealla tavalla: asiakaslähtöisen hoidon apuvälineenä (ks. myös Morris ym., 1990), työntekijän työvälineenä sekä esimiestyön ja johtamisen tukena. Asiakaslähtöisyys tarkoittaa, että asiakkaan palvelu ja hoito suunnitellaan ja toteutetaan ensisijaisesti asiakkaan tarpeiden perusteella ja tavalla, joka tuntuu hänestä hyvältä. Yhdessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa tehdyt valinnat kirjataan HoPaSuun. Asiakas voi halutessaan liittää HoPaSuun omat toiveensa siitä, kuinka häntä tulisi hoitaa siinä vaiheessa, kun hän ei enää itse pysty ilmaise-maan tahtoaan.

HoPaSun avulla asiakkaan hoidon tavoitteet näkyvät kaikille hoitoon osallis-tuville työntekijöille, jolloin palvelu ja hoito on helpompi toteuttaa. Ajantasainen HoPaSu mahdollistaa palvelujen ja hoidon jatkuvuuden työntekijöiden tai hoi-topaikan vaihtuessa. HoPaSuun tutustuminen vähentää hoidossa tapahtuvia

²³ Mitchellin ja Millerin (2008) mukaan asiakkaan käsitys omasta toimintakyvystä voi olla erilainen kuin muilla ihmisillä, vaikka asiakkaalla ei olisi muistihäiriöitä.

virheitä ja väärinymmärryksiä sekä vähentää hoitajien päällekkäistä työtä. (Lehtonen ym., 1991.) HoPaSun toteutumista arvioidaan jatkuvasti. Johtamisen näkökulmasta HoPaSujen seuranta auttaa arvioiman asiakaslähtöisen toimintatavan toteutumista sekä yhteisten HoPaSujen laadintaohjeiden noudattamista. Tarkkailemalla HoPaSua esimies voi arvioida työntekijöiden valmiuksia HoPaSujen tekemiseen ja hyödyntämiseen sekä esimerkiksi koulutustarvetta suunnitelmien laatimiseen, käyttöön ja arviointiin. Kootut HoPaSujen arvioinnit mahdollistavat ikäihmisten palvelujen kehittämisen (Päivärinta & Haverinen, 2002). (Ks. myös Vähäkangas ym., 2012.)

Jokaiselle asiakkaalle tulee olla nimetty koulutettu vastuutyöntekijä, joka huolehtii asiakkaan HoPaSun toteutumisesta sekä arvioi palveluntarpeiden muutoksia (Laki 980/2012). Helin (2000) ja Voutilainen (2004) korostavat huomioidaan asiakkaan oman mielipiteen hänen toimintakyvystään ja palvelujen järjestämisestä. De Boer ja tutkimusryhmä (2007) sekä Goodman tutkijakollegoineen (2013) tuovat esille myös sen, että on tärkeää huomioida myös muistihäiriöisten asiakkaiden toiveet.

Tepposen (2009) tulosten mukaan HoPaSun tekemistä koordinoi usein sairaanhoitaja, lähihoitaja sairaanhoitajan avustuksella tai hoitokoordinaattori. Voutilainen ja Vaarama (2007) sekä Taunton ja työryhmä (2008) puolestaan toteavat, että asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja HoPaSun tekoon osallistuu usein monia eri ammattiryhmiä: fysioterapeutteja, sairaanhoitajia ja sosiaalityöntekijöitä.

Sitä, kuinka usein arviointeja tai HoPaSua tule päivittää, ei ole määritelty tarkkaan: vanhuspalvelulain (Laki 980/2012) mukaan tarkistus tehdään ilman aiheetonta viivytystä aina, kun henkilön toimintakyvyssä tapahtuu muutoksia. Osa kunnista kuitenkin antaa suosituksia siitä, kuinka usein toimintakyky tulisi arvioida. Esimerkiksi Kouvolassa tehdään väliarvio kolmen kuukauden välein ja RAI-arviointi kuuden kuukauden välein (Kouvola, 2014). Kuopiossa arviointien välinen aika on enintään kolme kuukautta (Kuopio, 2014). Arviointien väliajat saattavat kuitenkin vaihdella saman kunnan sisällä yhtenäisestä ohjeistuksesta huolimatta (VTV, 2010).

STM (2008b) ja Kuntaliitto (2013) suosittelevat, että kunnissa 75–80-vuotiaille henkilöille tehdään *hyvinvointia edistävä kotikäynti*, jonka tavoitteena on tukea ikäihmisten kotona selviytymistä. Kotikäynnin aikana kartoitetaan terveyteen ja asumiseen liittyvät asiat sekä se, kuinka hyvin asiakas selviää päivittäisistä toiminnoista. Mäkelä ja työryhmä (2008) suosittelevat kotikäyntejä tehtäviksi erityisesti sellaisten henkilöiden luo, joiden elinoloihin tai elämäntilanteeseen liittyy palvelujen tarvetta lisääviä riskitekijöitä. Tällaisia henkilöitä ovat esimerkiksi omaishoitajat ja äskettäin läheisensä menettäneet. Myös yksinäiset, sairaalasta kotiutuneet henkilöt sekä muistisairaajat kuuluvat riskiryhmään (Kuntaliitto, 2013). Koskisen (2003) sekä Seppäsen ja Koskisen (2010) mukaan ennaltaehkäisevä toiminta ja terveystarkastukset ovat erittäin tärkeitä riskiryhmien tunnistamisessa (ks. myös Ahlqvist, 2013). Mikäli ikäihmisten terveyttä ja toimintaky-

kyä ei arvioida systemaattisesti, saattavat riskiryhmiin kuuluvat henkilöt jäädä ennaltaehkäisevän toiminnan ja palvelujen ulkopuolelle.

Toimintakyvyn arviointi voidaan toteuttaa portaittain. Aluksi havainnoidaan asiakkaan toimintaa ja kysytään asiakkaalta hänen suoriutumisestaan eri osa-alueilla (Mäkelä ym., 2013). Toimintakyvyn eri osa-alueisiin kuuluvat arkitoimista suoriutuminen, fyysinen ja psyykkinen toimintakyky, alkoholin käyttö sekä kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky. Asiakkaalta voidaan tiedustella muun muassa seuraavia asioita: tarvitseeko hän apua arkitoiminnoissa, onko hän kaatuillut viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana, onko hänellä ollut masentuneisuuden, toivottomuuden tai turvattomuuden tunteita ja kuinka hyvin hänen muistinsa on toiminut. (Toimia, 2014a.) Mikäli aluksi tehtyjen kartoittavien kysymysten vastaukset, testien tulokset tai havainnointi herättävät epäilyn toimintakyvyn heikkenemisestä, tehdään tarkempi toimintakykyarviointi siitä osa-alueesta, joka näyttäisi heikentyneen (Üstün ym., 2010; Mäkelä ym., 2013).

Osa ikäihmisistä kerätystä tiedosta, esimerkiksi asiakkaan päivittäisten toimien havainnoinnista saatu tieto, voi olla hiljaista ja sitä voidaan hyödyntää vain jos se tuodaan julki (ks. Choo 1998).

Tiedon kehittyminen hiljaisesta julkilausutuksi edellyttää ikäihmisten voinnista hankitun tiedon kirjaamista. Mikäli ikäihmisten voinnista havaittuja asioita ei kirjata, ei tietoa voida käyttää hänen hoitamisessaan. Tällöin tieto ei ole myöskään saatavilla toiminnan päivittäistä johtamista, esimerkiksi henkilöstön resurssien kartoittamista, varten. Yhteenvetona voidaankin sanoa, että tiedon olomuoto on sidoksissa tiedon organisointiin.

4.4 TIEDON ORGANISOINTI JA TIETOTUOTTEET

Tieto asiakkaan toimintakyvystä kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelmaan ja hoitokertomukseen²⁴ (Hallila, 1998), ellei kyseessä ole asiakkaan tilapäinen neuvonta tai ohjaus (Laki 812/2000). Tieto toimintakyvystä kuuluu hoitokertomuksen ydintietoihin²⁵. Arvioinnin tulosten lisäksi ylös kirjataan käytetty mittausmenetelmä (Kanta, 2009).

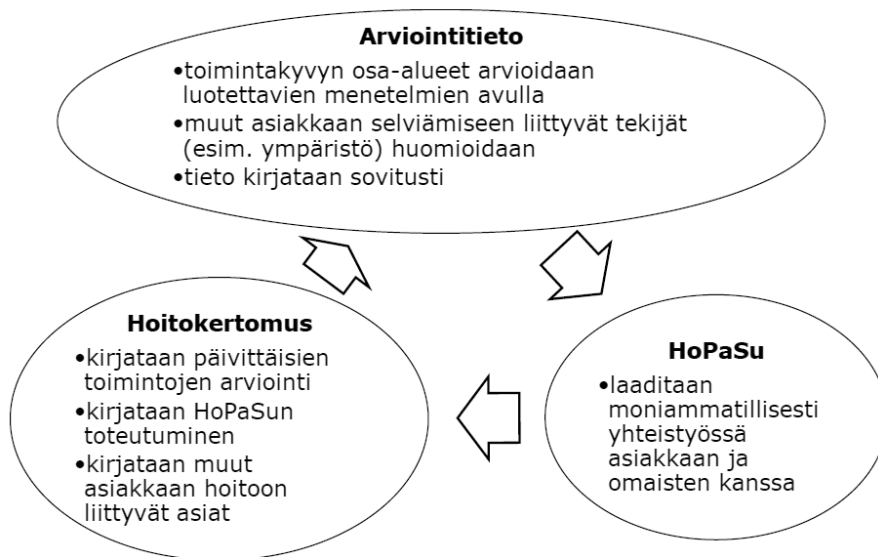
Tiedot asiakkaan toimintakyvystä, HoPaSu ja hoitokertomus ovat erillisiä dokumentteja, mutta niiden sisällöt ovat yhteydessä toisiinsa (ks. Kuvio 12)²⁶. Ar-

²⁴ Ensio ja Saranto (2004) ovat määritelleet hoitokertomuksen Stakesia mukaillen seuraavasti: *”Hoitokertomus on hoitohenkilökunnan laatima potilaskertomuksen osa, joka käsittää potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin. Se sisältää sekä hoitotyön suunnitelman että päivittäiset merkinnät”*.

²⁵ Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta (JUHTA, 2011) määrittelee ydintiedon seuraavasti: *”Ydintiedoksi luokitellaan tieto, jota käytetään useassa käyttökohteessa samanlaisena tai jota useampi prosessi/toiminto tarvitsee tai hyödyntää. Ydintieto on pysyväisluonteista tietoa, joka kuvaa tietokokonaisuuksia, joista on tai josta tulisi olla yhtenäinen käsitys koko organisaatiossa ja joka on samalla avaintietoa organisaation toiminnalle. Ydintietoa on yleisesti asiakas-, tuote-, henkilöstö-, materiaali- ja toimittajietoa.”*

²⁶ Tässä tutkimuksessa toimintakykyyn liittyvä tieto sisältää käsitteenä eri menetelmillä saadut tulokset asiakkaan toimintakyvystä, hoito- ja palvelusuunnitelman ja päivittäisen kirjaamisen.

vioinnin perusteella laaditaan HoPaSu (ks. esimerkki asiakkaalle laaditusta hoi- to- ja palvelusuunnitelmasta, LIITE 3), jossa huomioidaan arvioinnissa huoma- tut avuntarpeet ja toisaalta myös ne asiat, joista asiakas selviää itse. HoPaSu laaditaan yhteistyössä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa (Päivärinta & Haverinen, 2002).



Kuvio 12. Arvioinnin, HoPaSun ja hoitokertomuksen yhteys toisiinsa.

Hoitokertomukseen puolestaan kirjataan HoPaSun toteutumisen arviointi ja asiakkaan päivittäiseen hoitoon liittyvät asiat, esimerkiksi asiakkaan liikkumi- seen ja ravitsemukseen liittyvät tiedot (ks. Ensio & Saranto, 2004). Mikäli hoitaja huomaa, että HoPaSun tavoitteet eivät toteudu, kiinnitetään sen toteutusmene- telmiin huomiota. Myös toimintakyky arvioidaan uudelleen tarvittaessa tai vä- hintään yksikössä sovituin aikavälein. Arviointitiedot, HoPaSu ja päivittäinen hoitokertomus kirjataan yleensä sähköiseen järjestelmään²⁷.

THL:n koodistopalvelusta (2014a) on saatavilla terveys- ja hoitosuunnitelmaa varten tehty tietorakennemalli. Mallissa on kaksi suoraan toimintakykyyn viit- taavaa tietoa: toiminta- ja työkykyyn liittyvät tavoitteet ja tarpeet. Tiedot näistä kirjataan tekstimuodossa. Mallissa ovat mukana myös esimerkiksi hoidon tarve ja toteutus, joilla voidaan kuvata toimintakyvyn muutosten aiheuttamia tarpeita ja toteutusta.

Terveysdenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas neuvoo kirjaamaan toimin- takykyyn liittyvät tiedot joko tekstimuotoisesti tai ICF-koodeilla ja -

²⁷ Reposen ja työryhmän (2015) mukaan hoitotyö kirjataan sähköisesti nykyään lähes kaikissa terve- yskeskuksissa (93 %, n = 134), kun Winbladin ja työryhmän (2012) tutkimuksessa noin neljä viidestä (n = 117) terveyskeskuksesta käytti hoitotyön kirjaamiseen sähköistä alustaa. Yksityisiltä ikäihmisten hoitoa tuottavilta organisaatioilta vastaavaa tietoa ei ole kerätty.

tarkenteilla²⁸. Toimintakyky voidaan oppaan mukaan kirjata usealle eri näkymälle, joita ovat esimerkiksi *kuntoutus*, *sosiaalityö* ja *fysioterapia*. Arviointivälineiksi opas suosittelee yleisesti hyväksyttyjä toimintakyvyn mittaus- ja arviointimenetelmiä. (THL, 2014d.). Toimintakykyä kuvaavista arviointimenetelmistä voidaan tehdä muuntotaulukko ICF-luokitukseen (WHO, 2014).

Tauntonin ja työryhmän (2004) mukaan hoitosuunnitelman tekoprosessi voi vaihdella organisaatioittain, vaikka käytössä olisi sama toimintakyvyn arviointimenetelmä. Syksyllä 2015 Suomessa ei ole vielä yhtä yhtenäistä kansallisesti sovittua tapaa arvioida tai kuvata toimintakykyä ja tehdä strukturoitua merkin-tää hoitokertomukseen.

Suomessa on käytössä hoitotyön rakenteista kirjaamista varten kehitetty *Fin-nish Care Classification* (FinCC). Tällä hetkellä käytössä oleva versio 3.0 muodos-tuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL)²⁹ ja Suomalaisesta hoidon tulosluokituksesta (SHTuL). SHTaL:lla ja SHToL:lla on yhtenevä komponentti-, pääluokka- ja ala-luokkataso, jolla kirjaaminen toteutetaan. SHTuL:lla arvioidaan hoidon tarpeen liitettävää hoidon tulosta. (Liljamo, Kinnunen & Ensio, 2012.)

FinCC-luokituksessa toimintakyky nousee terminä esille muutamassa koh-dassa. SHTaL 3.0 -luokituksessa termi kuuluu komponentteihin Selviytyminen ja Päivittäiset toiminnot (ks. Taulukko 12). FinCC-käyttöoppaan mukaan esi-merkiksi ulostamiseen ja virtsaamiseen liittyvien toimintojen arviointi kirjataan Erittäminen-komponentin alle. Samalla periaatteella avun tarve lääkehoidon toteutuksessa kirjataan Lääkehoito-komponentin alle. (Liljamo, Kinnunen & Ensio, 2012.)

²⁸ *International Classification of Functioning, Disability and Health* on Maailman terveysjärjestön (WHO) kehittämä toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (THL, 2014a). Luokituksesta kerrotaan lisää myöhemmin tässä luvussa.

²⁹ SHTol-luokituksen kehitystyö on alkanut Suomessa 1990-luvulla (Sonninen, 2007). Sen ensimmäi-sen version (Shtl) Suomessa on julkaissut Anneli Ensio väitöskirjassaan (2001).

Taulukko 12. Toimintakyky SHTaL 3.0 -versiossa (Liljamo, Kinnunen & Ensio, 2012).

Komponentti	Pääluokka	Alaluokka
Selviytyminen Yksilön ja perheen kyky selviytä terveyteen, sen muutoksiin sekä sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvistä tai niistä aiheutuvista ongelmista	Potilaan heikentynyt selviytymiskyky Kognitiivisen toimintakyvyn muutos	Esim. muistihäiriö
	Muutos sosiaalisessa kanssakäymisessä Sosiaalisen toimintakyvyn muutos	Esim. sosiaalinen eristäytyminen
Päivittäiset toiminnot Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät	Itsehoitovajaus Fyysisen toimintakyvyn vajaus	Esim. peseytymiseen ja hygieniaan liittyvä avun tarve
	Apuvälineiden tarve Heikentyneen toimintakyvyn korjaaminen apuvälineillä	-

Vuosina 2004–2011 toteutetussa sosiaalialan tietoteknologiahankkeessa toteutettiin asiakastietojen tietosisältöjä ja rakenteita. Määrittelyt koskevat myös ikäihmistien hoitoa. Esimerkiksi HoPaSun toteutumisen seuraamisen mahdollistamiseksi on määritelty kerättävät tiedot. Esimerkiksi HoPaSun laatimispäivä kerätään määrämittaisena, mutta toisaalta esimerkiksi hoidon tavoitteet ja päivittäisen hoivan toteutuminen kirjataan vapaana tekstinä. (THL, 2010) Vapaana tekstinä tuotetut tiedot vaikeuttavat toteutumisen seurantaa.

Strukturoidun kirjaamisen lisäksi asiakkaan toimintakykyä voidaan kuvata erilaisilla toimintavyn arviointimenetelmien tuloksista saaduilla yhteenvedoilla. Seuraavaksi kuvataan aakkosjärjestyksessä tämän tutkimuksen aineistoissa esille tulleita kuvaus- ja arviointimenetelmiä, joita Suomessa yleisimmin käytetään toimintakykyarviointien tekemiseen. McDowell (2006) toteaa, että ADL-toimintoja kuvaavia mittareita on yli sata, mutta niistä kaikki eivät ole laajalti käytössä. Tämän tutkimuksen ulkopuolelle on rajattu paljon yksittäisiä toimintoja kuvaavia ja arvioivia testejä.

Barthel- indeksi

Barthel-indeksiä on kehitetty 1950-luvulta alkaen pitkäaikaispotilaiden hoivan tarpeen määrän osoittamista varten. Sen avulla voidaan todeta asiakkaan toimintakyvyn muutokset kuntoutuksen edetessä. Barthel-indeksi sisältää kymmenen arvioitavaa toimintoa, jotka ovat syöminen, siirtyminen pyörätuolista sänkyyn ja takaisin (sis. istumaan nousun sängyssä), siistittyminen (kampaaminen, kasvojen ja hampaiden pesu, parranajo), wc-käynti (pyyhkiminen, vaatteiden käsittely, wc:n vetäminen), peseytyminen, kävely tasaisella alustalla tai pyörätuolilla kelaus, porraskävely ylös ja alas, pukeutuminen (sis. kengännauhojen sitomisen ja napituksen tai vetoketjun sulkemisen), suolen hallinta sekä rakon hallinta. (Mahoney & Barthel, 1965.)

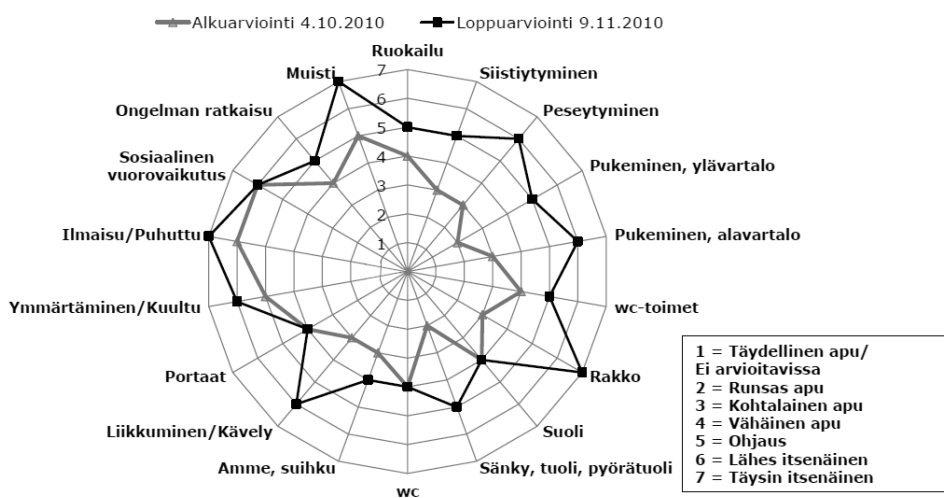
Kustakin arvioitavasta toiminnosta on mahdollista saada 5–15 pistettä, ja maksimipistemäärä on sata. Maksimipistemäärän saavuttanut henkilö pystyy syömään, pukeutumaan, nousemaan sängystä ja peseytymään itsenäisesti. Lisäksi hän pystyy liikkumaan portaissa ja kävelemään vähintään 46 metriä itsenäisesti. Henkilö saattaa kuitenkin tarvita apua ruuanlaitossa tai taloustöissä. (Mahoney & Barthel, 1965.)

Muurinen (2003) on käyttänyt apunaan Barthel-indeksiä tutkiessaan hoitotyötä ja hoitohenkilöstön rakennetta vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Sainsburyn ja työryhmän (2005) Englannissa tehdyssä tutkimuksessa Barthel-indeksin käytön luotettavuudesta ikäihmisten toimintakyvyn mittaamisessa todettiin, että indeksi ei ole täysin luotettava jos sitä käytetään henkilöihin, joiden kognitiivisissa toiminnoissa on puutteita.

FIM-mittari

Functional Independence Measure -järjestelmä on kehitetty 1980-luvulla Yhdysvalloissa (McDowell, 2006; UDSMR, 2014). Sillä voidaan arvioida 18 päivittäistä toimintoa (ks. Kuvio 13, s. x). Arvioitavat toiminnot on jaettu kolmeentoista motoriseen toimintoon ja viiteen kognitiiviseen toimintoon. Motorisia toimintoja ovat ruokailu, siistiytyminen, peseytyminen, pukeminen ja riisuminen (ylä- ja alavartalo erikseen), WC-toimet, rakon hallinta, suolen hallinta, siirtyminen sänkyyn, tuoliin tai pyörätuoliin (wc:hen sekä suihkuun tai ammeeseen erikseen) kävely tai pyörätuolilla liikkuminen ja portaissa kulkeminen. Kognitiiviset toiminnot puolestaan kattavat ymmärtämisen, ilmaisun, sosiaalisen vuorovaikutuksen, ongelmanratkaisun ja muistin. (FCG, 2013; UDSMR, 2014.)

Järjestelmää voidaan hyödyntää asiakkaiden toimintakyvyn ja avuntarpeen arvioinnissa sekä toimintakyvyn muutoksien seurannassa (ks. Kuvio 13). (FCG, 2013.)



Kuvio 13. Esimerkki asiakaskohtaisesta RehabFIM-raportista (FCG, 2013).

Kuvio kertoo asiakkaan toimintakyvystä toiminnoittain. Jokainen toiminto arvioidaan asteikolla 1–7. Kun asiakas tarvitsee jossakin toiminnossa täyden avun tai toimintoa ei voida arvioida, hän saa kyseisestä toiminnosta yhden pisteen. Jos asiakas on täysin omatoiminen, hän saa toiminnosta seitsemän pistettä.

Suomessa FIM-mittaria käytetään RehabFIM™-sovelluksessa. FCG Finnish Consulting Group Oy:llä on yhdysvaltalaisen Uniform Data System for Medical Rehabilitation (UDSMR) -organisaation myöntämä yksinoikeus FIM-järjestelmän lisensointiin ja koulutuksen järjestämiseen Suomessa. (FCG, 2013.)

Arviointitulokset voidaan raportoida myös organisaatiotasolla ja raporttien pohjalta voidaan arvioida asiakkaiden avuntarvetta (ks. Taulukko 13) (FCG, 2013.)

Taulukko 13. Asiakkaan päivittäinen avuntarve FIM-mittarilla arvioituna (FCG, 2013).

FIM-luokka	Saavutettu FIM-pistemäärä (motoriset ja kognitiiviset pisteet yhteensä)	Päivittäinen avuntarve/h	Kuvaus avuntarpeesta
1	18–30	6-8	Täydellinen avuntarve
2	36–45	5-7	Maksimaalinen avuntarve
3	54–63	3-5	Kohtalainen avuntarve
4	72–80	2-3	Vähäinen avuntarve
5	90–100	1	Valvonnan tarve
6	108–120	0	Osittain omatoiminen

RehabFIM–FIM-vertailuraporteilla voidaan vertailla eri käyttäjäorganisaatioiden asiakasprofileja ja hoitajaksojen pituuksia (FCG, 2013). FIM-mittarilla voidaan arvioida myös esimerkiksi kuntoutuksen tuloksia (ks. esim. Jaakonsaari ym., 2015).

Glennyn ja Stoleen (2007) tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan FIM-mittarin luotettavuudesta toimintakyvyn arvioinnissa on vahvaa näyttöä (ks myös Ottenbacher ym., 1996). Rauvaud ja työryhmä (1999) on puolestaan esittänyt osittaista FIM-mittarin arviointiasteikon muuttamista.

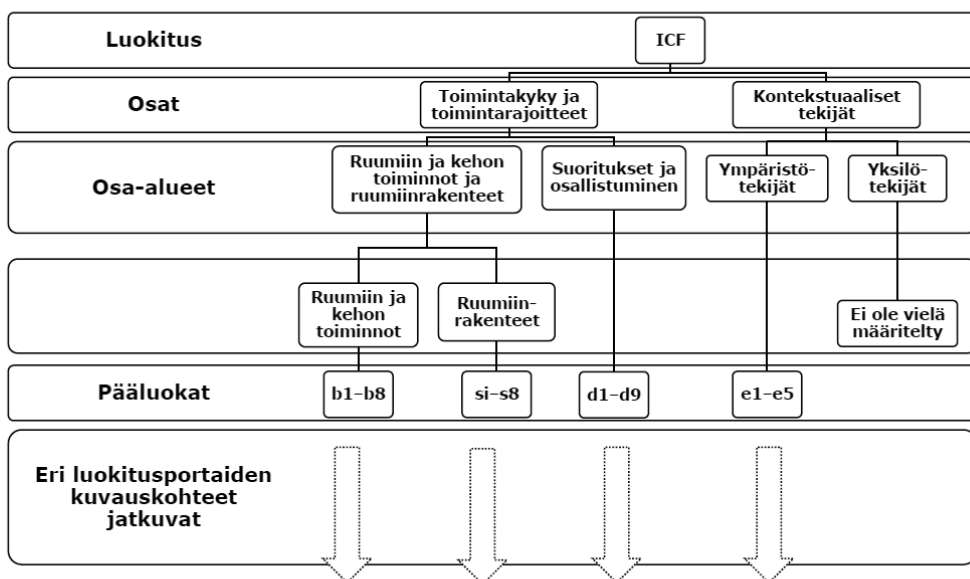
ICF –luokitus ja WHODAS 2.0 toimintakyvyn arviointimenetelmä

International Classification of Functioning, Disability and Health (jatkossa ICF) on toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen Maailman terveysjärjestön (WHO) luokitus. ICF:n avulla eri sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ovat saaneet yhteisen kansainvälisen kielen kuvata toimintakykyä ja toimintarajoitteita. (THL, 2014a).

ICF luokittelee toimintakykyä ja – rajoitteita, jotka liittyvät lääketieteelliseen terveydentilaan. WHO suosittelee, että ICF:ta käytetään rinnakkain Kansainvälisen tautiluokituksen (The International Classification of Diseases, ICD) kanssa

(WHO, Stakes, 2007). ICF edustaa funktionaalisen diagnostiikan (lääketieteellisen) mallin (WHO & Stakes, 2007) mukaista lähestymistapaa toimintakykyyn (Heikkinen;Laukkanen;& Rantanen, 2013).

Luokituksessa on kaksi osaa (ks. Kuvio 14): toimintakyky ja toimintarajoitteet sekä kontekstuaaliset tekijät. Näistä kumpikin jakautuu kahteen osa-alueeseen eli ICF – luokituksessa on neljä osa-aluetta: ruumiin ja kehon toiminnot ja ruumiinrakenteet, suoritukset ja osallistuminen, ympäristötekijät sekä yksilötekijät. Muutos yhdellä osa-alueella saattaa vaikuttaa yhteen tai useampaan muuhun osa-alueeseen. (WHO & Stakes, 2007) ICF ei ole toimintakykymittari, vaan toimintakyvyn kuvausmenetelmä (THL, 2015b).



Kuvio 14. ICF-luokituksen hierarkkinen rakenne ja koodit (THL, 2015a).

Vuonna 1988 WHO julkaisi WHO/DAS- toimintavajeiden arviointimenetelmän (*Disability Assessment Schedule*), jonka kohderyhmänä olivat lähinnä laitoksissa olevat psykiatriset potilaat. Tämän jälkeen WHO:n tavoitteena oli luoda mittari, jolla voidaan arvioida terveyttä ja toimintakykyä kulttuurista riippumatta. Üstünin ja työryhmän (2010) mukaan mittaria voidaan pitää hyvin luotettavana.

WHO onkin kehittänyt ICF-luokitukseen perustuvan, aikuisille suunnatun WHODAS 2.0 -toimintakyvynarviointimenetelmän. Ensimmäisessä versiossa arvioitavia toimintoja oli 96, ja kansainvälisen tutkimustyön tuloksena mittarista saatiin kehitettyä 36-kohtainen täysversio. Tämän jälkeen mittaria supistettiin, minkä tuloksena saatiin kaksitoista kohtaa sisältävä versio. Itse arviointi voidaan toteuttaa itsearviointina tai haastatteluna. Suppeampaa kahdentoista kohdan mittaria voidaan käyttää alustavassa kartoituksessa, minkä jälkeen voidaan siirtyä käyttämään täysversiota, mikäli arvioinnin tekijällä on alustavan kartoituksen jälkeen syytä olettaa toimintakyvyn heikkenneen. WHODAS 2.0 -

arviointimenetelmä kuvaa toimintoja kuudesta aihepiiristä, jotka ovat kognitio, liikuntakyky, itsestä huolehtiminen, sosiaaliset suhteet, päivittäinen toiminta sekä osallistuminen. (Üstün ym., 2010.)

Toimintakykyä kuvaavat pisteet voidaan laskea kahdella tavalla: yksinkertaisesti (*simple*) ja moniosaisesti (*complex*). Yksinkertaisessa tavassa kustakin toiminnosta suoriutuminen ja avun tarve arvioidaan asteikolla 1–5: ei avuntarvetta (1), hieman avuntarvetta (2), kohtalainen avuntarve (3), suuri avuntarve (4) ja erittäin suuri avuntarve (5). Saadut pisteet lasketaan yhteen, jolloin yhteenlaskettujen pisteiden summa kuvaa avuntarvetta. Mitä suurempi luku on, sitä enemmän henkilö tarvitsee apua. Mittari ei sisällä eri toimintojen painotuksia, eli kaikki toiminnot ovat samanarvoisia. (WHO, 2014). Pisteet voidaan laskea myös niin, että jotakin toimintoa painotetaan enemmän kuin toista. (Üstün ym., 2010.)

Kansainvälisen ja kansallisen ICF-kehitystyön tavoitteena on laatia siltaukset muista toimintakykyä kuvaavista arviointimenetelmistä ICF:aan (WHO, 2014; Toimia, 2014a).

Resident Assessment Instrument

Resident Assessment Instrument (jatkossa RAI) on useita arviointimenetelmiä sisältävä laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmä. RAI-järjestelmässä kerätään tietoa kansainvälisesti validoituilla menetelmillä. Kerätyn tiedon perusteella arvioidaan ikäihmisten tai vammaisten henkilöiden sekä psykiatristen potilaiden palvelutarve. (THL, 2014g.) Ensimmäinen InterRAI:n tietokantaan kerätty tieteellinen artikkeli, jossa raportoidaan ikäihmisten toimintakyvystä ja hoitokustannuksista (Fries & Cooney, 1985), on tehty Yhdysvalloissa (InterRAI, 2014). RAI-arviointi- ja seurantajärjestelmään kuuluu kysymyslomakkeita, käsikirjoja sekä muita apuvälineitä, joilla voidaan laatia yksilöllinen HoPaSu (THL, 2014g). Asiakkaan kokonaisvaltainen toimintakykyarviointi sisältää noin 400 arvioitavaa kohtaa 18 eri osa-alueelta (Noro ym., 2001).

RAI-arviointi- ja seurantajärjestelmään sisältö voidaan jakaa neljään osa-alueeseen, (ks. LIITE 4) jotka ovat: arjesta suoriutuminen, psyykkinen ja kognitiivinen vointi, sosiaalinen toimintakyky ja hyvinvointi sekä terveydentila, ravitsemus ja kipu. Kutakin osa-aluetta voidaan mitata useilla eri menetelmässä. Esimerkiksi osa-aluetta Arjesta suoriutuminen voidaan mitata neljällä eri menetelmällä, jotka ovat: pitkä ADL-mittari (*ADL summary scale*), hierarkkinen ADL-mittari (*ADL hierarchy scale*) IADL-kapasiteettimittari (*IADL_c capacity scale*) sekä pitkä välinetoiminnoista suoriutumisen IADL-mittari (*IADL_s Summary Scale*). (THL, 2014g.)

Esimerkiksi hierarkkisella ADL-mittarilla voidaan selvittää asiakkaan toimintakyky, jolloin arvioidaan asiakkaan selviytymistä neljästä päivittäisestä toiminnosta: ruokailusta, osastolla liikkumisesta, wc:ssä käynnistä ja henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimisesta. Täysin itsenäinen henkilö, joka selviytyy kaikista neljästä toiminnosta itsenäisesti saa nolla pistettä. Asiakas, joka tarvitsee apua

kaikissa neljässä toiminnossa, saa puolestaan kuusi pistettä. (Morris, Fries & Morris, 1999.)

Yksittäisen asiakkaan toimintakyvyn seurantaan kannattaa valita arviointimenetelmät, jotka ovat erityisen herkkiä havaitsemaan muutoksia. Tällainen on esimerkiksi pitkä ADL-mittari. Karkeampia menetelmiä, kuten hierarkkista ADL-mittaria, voidaan hyödyntää kuntasuunnittelussa, organisaatioiden vertailussa ja niiden kehittämisessä. (THL, 2014g.)

RAI-järjestelmän kaikki menetelmät kuvaavat asiakkaiden tarpeita, ja sillä voidaan todentaa millainen asiakasrakenne organisaatiossa on (THL, 2014g). RAI-järjestelmä voi auttaa myös hoitosuunnitelman laatimisessa, (Morris ym., 1990; Vähäkangas ym., 2005) mutta Räsänen (2005) mukaan yksittäiselle asiakkaalle järjestelmän hyöty saattaa jäädä vähäiseksi hoitohenkilökunnan kiireen takia. Vähäkangas ja työryhmä (2005) ohjeistavat, että toimintakyvyn arviointi tulisi tehdä asiakkaalle vähintään puolen vuoden välein ja lisäksi aina asiakkaan toimintakyvyn muuttuessa. (THL, 2013b.)

RAI-järjestelmä sisältää *Resource Utilization Groups* -luokittelun (jatkossa RUG), jolla ikäihmiset voidaan luokitella hoidon ja palvelujen tarpeen mukaan kustannuksiltaan samankaltaisiin ryhmiin. RUG-luokittelussa hyödynnetään muita RAI-järjestelmään kuuluvien arviointimenetelmien tuloksia (Finne-Soveri, 2013). Cooneyn ja Friesin (1985) mukaan RUG-luokittelun kautta saatua tietoa voidaan käyttää esimerkiksi kustannuksien laskutusperusteena (ks. myös Carpenter ym., 1997). RUG-luokittelua voidaan hyödyntää myös henkilökunnan määrän seuraamisessa ja arvioinnissa (Finne-Soveri & Noro, 2003.) RUG-luokittelu on myös validoitu suomalaisella aineistolla (Björkgren, 2002). RUG-III-resurssienarviointimallia on hyödynnetty Suomessa vanhustenhuollon kustannusten analysoinnissa ja seurannassa (ks. Heikkilä ym., 2013).

RAI-arviointi- ja seurantajärjestelmää käytetään RAIsoft-ohjelmiston kanssa. Ohjelmistossa on toiminto, jolla voidaan tarkastella sitä, kuinka yksittäisen asiakkaan toimintakyky on muuttunut arviointien välillä (Vähäkangas ym., 2005). RAI-järjestelmä mahdollistaa myös valtakunnallisen vertailuraportoinnin (Noro, 2005). Finne-Soverin ja Noron (2003) mukaan vertailuraportoinnilla voidaan seurata rakenteeltaan samankaltaisten yksiköiden toimintaa. Sen avulla voidaan esimerkiksi tarkastella painehaavaumien ja käytösoireiden määrää tai arvioida hoidon laatua. Vertailukehittäminen on ollut mahdollista RAI-tietojen avulla vuodesta 2000 alkaen (Noro, 2015).

RAI-järjestelmän osien luotettavuutta on tutkittu paljon kansainvälisesti ja luotettavuus on todettu korkeaksi (ks. esim. Carpenter ym., 1997; Hawes ym., 1997; Sgadari ym., 1997; Björkgren, 2002; Glenny & Stolee, 2009).

RAVA-toimintakykymittari

Tapio Rajala ja Eero Vaissi ovat kehittäneet 1990-luvulla ikäihmisten (65-vuotiaat ja vanhemmat) toimintakyvyn ja avun tarpeen arvioimiseen käytettävän RAVA-mittarin (Rajala, Lahtinen & Paunio, 2001).

Rajalan ja työryhmän (2001) mukaan RAVA-arvioinnissa (ks. LIITE 5) ikäihmisten toimintakykyä ja mahdollista avun tarvetta arvioidaan kahdentoista toiminnon perusteella. Arvioitavat toiminnot ovat näkö, kuulo, puhe, liikkuminen, rakon toiminta, suolen toiminta, syöminen, lääkitys, pukeutuminen, peseytyminen, muisti sekä psyyke ja käyttäytyminen.

Arvioinnin kohteena olevista toiminnoista on mahdollisuus valita 2–8 asiakkaan toimintakykyä parhaiten kuvaavaa kohtaa. Eri vaihtoehdoilla on erilaiset painoarvot, joiden perusteella lasketaan sovitun kaavan mukaan RAVA-indeksi. Indeksillä voi saada arvon 1,29–4,03. Mitä suurempi arvo on, sen huonompi on myös arvioitavan asiakkaan toimintakyky. RAVA-indeksin perusteella asiakkaat voidaan jakaa yhteensä kuuteen eri luokkaan (ks. Taulukko 14). Mitä suurempi luokan luku on, sitä enemmän asiakas tarvitsee apua päivittäisissä toiminnoissaan. (Rajala ym., 2001.)

Taulukko 14. RAVA-mittarilla arvioitu avuntarve (Rajala ym., 2001).

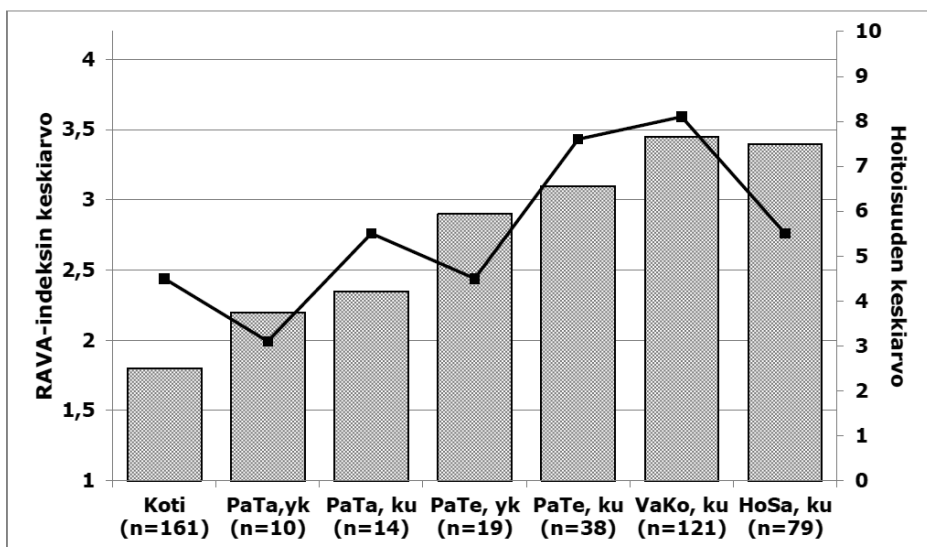
RAVA-luokka	RAVA-indeksi	Avun tarve
1	1,29–1,49	Satunnainen
2	1,50–1,99	Tuettu hoito
3	2,00–2,49	Valvottu hoito
4	2,50–2,99	Valvottu hoito
5	3,00–3,49	Tehostettu hoito
6	3,50–4,03	Täysin autettava

RAVA-arvioinnin yhteydessä arvioinnin tekijä ottaa kantaa myös asiakkaan hoitoisuuteen, jolla tarkoitetaan arvioijan subjektiivista näkemystä siitä, kuinka raskasta arvioitavan asiakkaan hoitaminen on. Valmiita arviointikriteereitä hoitoisuuden arvioimiseen ei siis ole. Hoitoisuus arvioidaan asteikolla 0–10, jossa 0 tarkoittaa erittäin helppohoitoista ja 10 erittäin raskashoitoista asiakasta. Hoitoisuuden arvio ei vaikuta asiakkaan RAVA -indeksiin tai RAVA-luokkaan. Hoitoisuuden arviointia on käytetty mittarin kehitysvaiheessa RAVA-indeksin painokertoimia varten. (Rajala ym., 2001.)

RAVA-mittarin valideetti- ja reliabiliteettitutkimukset on tehty mittarin kehittämisen vaiheessa 1990-luvulla (Rajala ym., 2001). RAVA-mittari on käytössä laajalti Suomessa, mutta sen käytöstä ei ole olemassa kansainvälisiä julkaisuja.

RAVA-mittaria voidaan käyttää kolmella tavalla. Yleisimmin sitä käytetään RAVATAR-sovelluksessa, jolloin RAVA-tiedot tallennetaan Internet-selaimen kautta suojattua yhteyttä pitkin. Toiseksi, RAVA-mittari voi olla myös integroitu osaksi hoitokertomusta, jolloin hoitokertomukseen kirjautumalla käyttäjä pääsee käsiksi myös RAVATAR-ohjelmaan. RAVATAR-ohjelmasta voidaan tuottaa

eritasoisia raportteja esimerkiksi asiakkaan asumismuodon (ks. Kuvio 15) tai yksikön mukaan³⁰. Myös eri kuntien välinen vertailu on mahdollista. Kolmas tapa hyödyntää RAVA-mittaria on niin sanottu perusjärjestelmämenetelmä, jossa RAVA-mittari on hoitokertomuksen sisällä. Tällöin kuntien välinen vertailuraportointi ei ole mahdollista. (FCG, 2014a.)



Kuvio 15. RAVATAR-vertailuraportti asumismuodoittain (FCG, 2014a).

Raportteja ja vertailuraportteja voidaan hyödyntää arvioitaessa ikäihmisten palvelujen tarkoituksenmukaista palvelurakennetta sekä hoitajien kokemusta työn kuormittavuudesta (FCG, 2014b).

Toimintakykykartoitus

Tässä tutkimuksessa eräs mukana oleva kunta on kehittänyt oman toimintakykykartoituksen, (ks. LIITE 6) jonka ensimmäisen version on kehittänyt opiskelija 1990-luvulla. Kartoituksen pohjana käytettiin tuolloin olemassa olleita vastaavanlaisia kartoituksia. Kartoitus kehitettiin alun perin omaishoidontuen myöntämisen tueksi, ja sitä on kehitetty edelleen 1990-luvulla yhteistyössä omaishoidontuen käsittelijän sekä vammaispalveluiden päätöksistä vastaavan kanssa. (Laurila, 2015.)

Kaupunki on päivittänyt toimintakykykartoitusta 2000-luvulla omien tarpeidensa perusteella aina silloin, kun siinä on havaittu puutteita. Asiakkaiden tarpeidenmukaisesta sijoittumisesta eri hoitopaikkoihin vastaavat henkilöt ovat käyttäneet toimintakykykartoitusta 2000-luvulta alkaen. Mikäli ulkopaikkakun-

³⁰ Kuviossa 15 käytettyjen lyhenteiden selitteet: PaTa = tavallinen palvelutalo, PaTe = tehostettu palvelutalo, VaKo = Vanhainkoti, HoSa = hoivasairaala. Yk viittaa yksityiseen palveluntuottajaan, ku kunnalliseen.

talainen hakee hoitoon kyseiseen kuntaan, hänelle lähetetään täytettäväksi kunnan toimintakyvykkartoitus. (Laurila, 2015.)

Yhteenveto arviointivälineiden yleisistä piirteistä

Osa edellä esitellyistä arviointivälineistä sisältää pelkästään ADL-toimintoja tai ADL- ja IADL-toimintoja, kuten RAVA ja toimintakyvykkartoitus. RAI-arviointijärjestelmä sisältää puolestaan runsaasti erilaisia menetelmiä (ks. LIITE 4) toimintakyvyn eri osa-alueiden kartoittamiseksi.

Arviointivälineiden sisältö jaetaan usein toimintakyvyn eri osa-alueiden mukaan, esimerkiksi toiset kysymykset mittaavat fyysistä toimintakykyä, kun taas toiset kognitiivista. Tämä saattaa aiheuttaa tulosten tulkintaongelmia, koska osassa fyysistä toimintakykyä tai ADL-toimintoja arvioivista arviointimenetelmistä on käytännössä mukana myös kognition arviointia. Esimerkkinä toimii ruokailu. Se voidaan ajatella pelkkänä fyysisenä toimintona, jolloin mietitään pystyykö henkilö syömään itse. Toisaalta arviointiin voidaan liittää myös arvio siitä, ymmärtääkö henkilö ruokailla. Joka tapauksessa pelkän fyysisen toimintakyvyn arviointi ei ole riittävä peruste esimerkiksi hoitopaikan valinnassa (Laine ym., 2007).

Eri arviointimenetelmiä käytetään paperisesti tai sähköisen järjestelmän avulla. Tieto toimintakyvystä ja asiakkaan saamista pisteistä tallennetaan myöhemmin hoitokertomukseen tai voidaan säilyttää paperilla.

Osa menetelmistä pisteyttää arvioitavat toiminnot suoraan, kun taas osa käyttää painokertoimia. Jälkimmäisessä tapauksessa osa toiminnoista katsotaan päivittäisen selviytymisen kannalta tärkeämmiksi kuin toiset.

Kaikkien esitelyjen arviointimenetelmien hyödyntämismahdollisuuksista ei ole saatavilla tieteellisiä lähteitä. Näin ollen tutkija on tehnyt päätelmät saatavissa olevien lähteiden perusteella. Kaikilla edellä mainituilla arviointimenetelmillä hankittuja tietoja voi hyödyntää usealla tasolla: niin asiakkaan hoidon suunnittelussa, yksikkötasolla (esim. resurssisuunnittelussa) kuin strategisessa ohjauksessa (esim. henkilöstön koulutustarpeiden arvioinnissa).

Voutilaisen ja Vaaraman (2007) mukaan toimintakyvyn arviointiväline tulee valita arvioitavan henkilön, arvioijan ja arvioinnin käyttötarkoituksen perusteella (ks. myös Glenny ja Stolee, 2009). Adams-Wendling ja työryhmä (2008) ovat todenneet, että arvioinnin tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää hoitotyössä ja HoPaSussa (ks. myös Morris ym., 1990). Erilaisia arviointimenetelmiä ja -mittareita on lukuisia, ja kuhunkin tarkoitukseen sopivan menetelmän valinta on haasteellista. Lenten ja Powerin (2014) mukaan menetelmän valintaa saattavat ohjata hallinnolliset tahot. Esimerkiksi ostopalveluasiakkaiden arviointimenetelmän päättää usein hoidon maksava taho.

Hartigan (2007) toteaa, että edellisestä arvioinnista kulunut aika ja asiakkaan lääketieteellinen tila vaikuttavat valittavan menetelmän valintaan. McDowell (2006) esittää, että joissakin tapauksissa yleiskäsitys arvioitavan asiakkaan toimintakyvystä saattaa riittää, kun taas joskus tarvitaan yksityiskohtaisempaa

tietoa. Räsänen (2007) mukaan henkilökunnan tulee tietää, miksi arviointimenetelmää käytetään ja mitä hyötyä siitä on, jotta menetelmän käyttöön sitoudutaan. Arviointimenetelmien käyttöä kohtaan on myös esitetty kritiikkiä, koska niissä keskitytään usein heikentyneeseen toimintakykyyn. Johnson (1993) toteaa, että kun arvioidaan asiakkaan jokapäiväisistä askareista selviämistä, huomio tulisikin kiinnittää sellaisiin tekijöihin, jotka helpottavat askareista selviytymistä.

Bernabei ja työryhmä (2008) toteavat, että hoitajat saattavat kokea toimintakykyarvioinnin tekemisen kuormittavana. Kossman ja Scheidenhelm (2008) ovat todenneet, että tietojärjestelmien käytön koetaan usein vähentävän myös asiakkaan kanssa vietettyä aikaa. Arvioinnin kuormittavuus lisääntyy, jos arviointijärjestelmää ei koeta oman työn kannalta hyödylliseksi (Ahvenjärvi & Salminen, 2012; ks. myös DeLone & McLean, 1992). Samaa asiakkaista kerättyä tietoa voitaisiin kuitenkin Choon (1998) mukaan hyödyntää myös toiminnan johtamisessa (ks. myös Finne-Soveri & Noro, 2003; Tanttu, 2007).

Suuri haaste toimintakyvyn arviointimenetelmien käytössä on se, että arvioinnin tekijä ja arviointituloksia käyttävä henkilö tulkitsevat tuloksia omista lähtökohdistaan käsin. Arviointimenetelmien käyttävien ja tuloksia tulkitsevien henkilöiden tulisi olla tehtävään koulutettuja. Soka ja työryhmän (2012) tutkimuksessa selvisi, että ennen koulutusta tehdyt arvioinnit erosivat merkitsevästi koulutuksen jälkeen tehdyistä arvioinneista.

Myös erilaisten arviointimenetelmien käyttö saattaa aiheuttaa ongelmia tulokinnan luotettavuuden suhteen. Joidenkin menetelmien antamien tulosten eripäin olevat asteikot (esimerksi FIM ja RAVA) hankaloittavat tulkintaa. Lisäksi tiedonkeruu sisällöltään erilaisilla arviointimenetelmillä voi tuoda haasteita tietojen vertailukäyttöön. Arviointitulosten tulkinnassa tulee myös huomioida se arvioidaanko sitä, mitä asiakas tekee tai sitä, mitä hän pystyy tekemään (ks. Jyrkämä, 2007).

4.5 KERÄTYN TIEDON JAKAMINEN JA HYÖDYNTÄMINEN

Tässä tutkimuksessa **tiedon jakamisella** tarkoitetaan sitä, kuinka toimintakyvystä kerätty tieto ja sen perustella laadittu hoito- ja palvelusuunnitelma ovat saatavilla. Lisäksi käsitteellä viitataan siihen, miten asiakkaan tilanteesta tehtyjä merkintöjä jaetaan työyksikön sisällä.

Ennen Vanhuspalvelulain (Laki 980/2012) voimaantuloa Suomessa lähes kaikilla kotihoidon asiakkailla oli ajantasainen HoPaSu. Kunnallisen kotihoidon asiakkaista tavoitteellinen kuntoutumis- tai toimintakyvyn ylläpitosuunnitelma löytyi alle puolelta, kun taas yksityisen kotihoidon asiakkailla lähes jokaiselta. Myös kunnallisen kotisairaanhoidon asiakkaista lähes kaikilla oli kuntoutumis- tai toimintakyvyn ylläpitosuunnitelma. (THL & Valvira, 2014.) Toisaalta SU-PER:in (2015) tekemän kyselyn mukaan kotihoidon HoPaSu toteutui hyvin vas-

taajista vain 19 prosentin mielestä (ks. myös Pöyry & Perälä, 2003, Vaarama ym., 2006; VTV, 2010).

Koskisen ja työryhmän (1988) mukaan HoPaSun tulisi sisältää tietoa asiakkaan toiminnallisen, psyykkisen ja sosiaalisen tuen tarpeista sekä tukipalvelujen tarpeesta. Vaaraman ja tutkijakollegoiden (2006) mukaan asiakkaan terveydentila saatetaan kirjata kattavasti, samoin hoitotyö, mutta Bogardus työryhmineen (2001) on kuitenkin todennut, että avuntarpeiden ja päivittäistoimintojen arvioinnin kirjaaminen voivat olla hyvin puutteellisia (ks. myös Rissanen, 2003; Lindman, 2009). Puutteita saattaa olla myös palvelujen saannin kirjaamisessa. Kirjaaminen saattaa myös olla ei-tarkoituksenmukaista, kronologista töiden luettelointia (Tarhonen, 2013), jossa koko hoitoprosessia hoidontarpeen määrittelystä suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin (Liljamo, Kinnunen & Ensio, 2012) ei ole huomioitu (Gjevjon & Hellesø, 2010; Vaarama & Ylönen, 2006; ks. myös Turjamaa, 2014). Myös suullisessa raportoinnissa päivittäisten toimintojen arvioinnin osuus voi olla vähäinen (Pulkkinen, 2000).

HoPaSuun tulisi asettaa tavoitteet, joiden toteutumista arvioidaan säännöllisesti. Vaaraman ja työryhmän (2006) mukaan HoPaSun arviointi ja päivittäminen ovat usein puutteellisia, (ks. myös Höykinpuro, 2011) eikä HoPaSu välttämättä sisällä toimintakykyyn vaikuttavia asioita. Asiakkaan HoPaSua tulisi päivittää Vaaraman ja Ylösen (2006) mukaan tietyin väliajoin, vaikka toimintakyvyssä ei tapahtuisikaan muutoksia. Voutilainen (2004) esittää, että hoidon linjat dokumentoidaan selkeästi, jotta niitä on helppo toteuttaa (ks. myös ETE-NE, 2008).

Vaaraman ja Ylösen (2006) sekä Vaaraman ja työryhmän (2006) mukaan kattava ja yhtenäinen kirjaaminen kaikkien asiakkaiden asiakastietoihin on laadukkaan hoidon edellytys. Kirjaamista arvioimalla voidaan Sarannon ja Ikosen (2007) mukaan seurata hoitotyön laatua (ks. myös Hawes ym., 1997). Hegyvary (1987) on esittänyt, että kirjaaminen edistää kurinalaista suhtautumista asiakkaan tarpeisiin. Adamsin ja työryhmän (2008) mukaan jokaisella asiakkaan saatavilla tulisi olla ajantasainen dokumentti hänen omasta voinnistaan. Kun dokumentti on helposti saatavilla, sen toteutumista voivat seurata myös omaiset. Gjevjon ja Hellesø (2010) ovat todenneet, että asiakkaiden esittämät tarpeet tai mieltymykset voivat jäädä usein huomioimatta ja kirjaamatta (ks. myös Vaarama & Ylönen, 2006; Vaarama ym. 2006).

Tietojen hyödyntäminen asiakkaan hoidossa tarkoittaa tässä tutkimuksessa sitä, että tiedon määrittelyn, keruun ja jakamisen jälkeen ikäihmisten hoitoa tai palvelua muutetaan saadun tiedon perusteella vastaamaan hänen toimintakykyään. Hendersonin (DeMeester ym., 1994) ja Wiedenbachin (Danko ym., 1994) mukaan hoitajan rooli muuttuu asiakkaan avuntarpeen perusteella.

Kun asiakkaasta on tehty arviointi, tulee HoPaSua muokata asiakkaan tarpeiden tai käytettävissä olevien voimavarojen mukaiseksi (Koskinen, 1994; Päivärinta & Haverinen, 2002; Laki 980/2012). Toimintakyky voi paitsi heikentyä, niin myös kohentua, ja Kivelän (1985), Koskisen (2003) sekä Turjamaan

(2014) mukaan onkin tärkeää, että asiakasta autetaan vain niissä toiminnoissa, joissa hän tarvitsee apua. HoPaSua voidaan hyödyntää, kun seurataan asiakkaan hoitoon laadittujen tavoitteiden toteutumista kuten Vähäkangas ja työryhmä (2005) ovat esittäneet (ks. myös THLg, 2014).

Asiakkaiden parissa työskentelevät hoitajat eivät aina kuitenkaan hyödynnä yhteisistä asiakkaista tehtyjä merkintöjä (VTV, 2010). Kossmanin ja Scheidenhelmin (2008) mukaan syynä tähän voi olla, että tietojärjestelmän käytön koetaan vievän aikaa perustyöltä (ks. myös Voutilainen, 2004; Niiranen & Paukku, 2011; THL, 2014c). DesRoches työryhmineen (2008) on kuitenkin todennut, että asiakkaasta kerättyjen tietojen hyödyntäminen on yhteydessä hoidon parempaan laatuun.

Organisaatiotasolla tietoa voidaan hyödyntää esimerkiksi henkilöstön koulutustarpeiden tunnistamisessa, resurssien kartoittamisessa (Björkgren, 2002; Laine ym., 2005), laskutuksessa (Cooney & Fries, 1985; Fries, 1990) ja kustannusten seuraamisessa (Heikkilä ym., 2013; Kivinen & Lammintakanen, 2013). (Ks. myös Schneider ym., 1988.) Choon (2001) mukaan erilaisten tietotarpeiden tunnistaminen ja tietojen hyödyntäminen ovat erittäin tärkeitä tekijöitä organisaation toiminnan onnistumisessa (ks. myös Curry & Moore, 2003). Choo (1998) kuvaa, että samaa tietoa on mahdollista hyödyntää myös johtamisen tukena, kuten esimerkiksi Curryn ja Mooren (2003) kuvaamaan henkilöstöresurssoinnin suunnitteluun. (Ks. myös Carpenter ym., 1997; Noro, 2005.)

Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos on kehittänyt RAI-järjestelmään valtakunnallisen vertailuraportointimahdollisuuden (Noro, 2005), jonka tietojen avulla voidaan seurata rakenteeltaan samankaltaisten yksiköiden toimintaa ja esimerkiksi arvioida hoidon laatua (Finne-Soveri & Noro, 2003). Lisäksi THL kerää tietoa Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusjärjestelmän (HILMO) avulla esimerkiksi asiakkaiden määrästä, joilla on voimassa oleva hoito- ja palvelusuunnitelma sekä omaishoidon tuen saajien määrästä. HILMO-tietoja voivat hyödyntää esimerkiksi palveluntuottajat. (THL, 2014h.)

Johtamistarkoitukseen jalostettujen asiakastietojen heikko hyödyntäminen voi johtua useasta eri tekijästä. Kivisen ja Lammintakanen (2013) mukaan yleisiä syitä tiedon hyödyntämättä jättämiseen ovat negatiiviset asenteet tietojärjestelmiä kohtaan ja motivaation puute. Lammintakanen ja työryhmä (2010) ovat todenneet myös tietojen ei-ajantasaisuuden ja riittämättömän sisällön vähentävän tietojen hyödyntämistä. Jotta johtamista varten saadaan laadukasta tietoa, tulee alkuuperäisen asiakastiedonkin olla laadukasta ja ajantasaista, kuten myös Hedelin ja Allwood (2002) sekä Curry ja Moore (2003) ovat todenneet.

Kehittämislle myönteinen ilmapiiri edistäisi tiedon hyödyntämistä (Choo & de Alvarenga, 2010; Huryk, 2010). Kuviossa 16 on kuvattu saman tiedon hyödyntämismahdollisuuksia eri tasoilla soveltaen edellä läpikäytyä kirjallisuutta. Kuviossa tietona toimivat asiakkaan muistitestin tulokset (MMSE-pisteet) ja ravitsemukseen liittyvät tiedot, esimerkiksi tilanne, jossa muistisairas asiakas ei koe näläntunnetta. Tietoa voidaan hyödyntää asiakkaan hoitamisessa huolehti-

malla riittävästä ravitsemuksesta. Samaa tietoa voidaan hyödyntää johtamisessa esimerkiksi hoitajien koulutustarpeiden suunnittelussa.



Kuvio 16. Esimerkki asiakkaasta kerätyn tiedon hyödyntämisestä asiakkaan hoitamiseen ja johtamiseen.

Asiakkaasta kerättyä tietoa voidaan hyödyntää varsinaisessa hoidossa, jolloin kaikki asiakasta hoitavat henkilöt osaavat kiinnittää huomiota asiakkaan riittävään energiansaantiin eri menetelmillä. Samaa tietoa voidaan hyödyntää seuraamalla niiden muistihäiriöisten asiakkaiden määrää, joilla on haasteita ravitsemuksen kanssa. Mikäli yksikössä ei ole ollut aiemmin muistihäiriöisiä asiakkaita, asiakastietoja voidaan hyödyntää henkilökunnan koulutustarpeen arvioinnissa.

4.6 YHTEENVETO TEOREETTISESTA VIITEKEHYKSESTÄ

Tässä tutkimuksessa toimintakykyä tarkastellaan päivittäisistä toiminnoista selviämisenä riippumatta yli 65-vuotiaiden ikäihmisten, arvioinnin kohteen ja palvelujen tarvitsijan iästä. Kun ikäihmisten itsenäinen selviytyminen kotona on kyseenalaista, heidän palvelutarpeensa tulee arvioida monipuolisesti ja luotettavia arviointimenetelmiä käyttäen (Laki 980/2012). Suomessa on käytössä useita toimintakyvyn arviointiin kehitettyjä arviointimenetelmiä. Lisäksi on olemassa erilaista lainsäädäntöä sekä suosituksia, jotka ohjaavat ikäihmisten hoitoa. Ikäihmisten hoito perustuu osittain myös organisaation eettisiin periaatteisiin. Organisaation periaatteiden ja arvojen lisäksi toimintaan vaikuttavat myös yksittäisen hoitajan arvot. Toisen ihmisen tarpeiden huomioimisessa tarvitaan arvoja, joissa korostuvat lähipiiriin kuuluvien ihmisten hyvinvoinnin edistäminen ja huolenpito. Lisäksi arvoista tarvitaan muiden kuin omaan lähipiiriin kuuluvien ihmisten ja kulttuurien arvostusta, suojelua ja suvaitsemista, joka liittyy arvoista eniten ihmisyyteen.

Tutkimuksessa hyödynnetään Choon (1998, 2001) tiedonhallinnan prosessimallia sen vaiheita³¹ mukaillen. Kun asiakkaan toimintakyky arvioidaan, arvioinnin tekijälle, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiselle, syntyy käsitys asiakkaan avun ja palvelujen tarpeesta. Toimintakyvyn arviointiin käytettävä arviointimenetelmä tulee valita arvioitavan henkilön, arvioijan ja arviointitulos-ten käyttötarkoituksen perusteella. Mikäli arvioija toteaa muut tekijät, esimerkiksi ympäristön huomioituaan asiakkaan tarvitsevan jatkuvaa apua, tälle laaditaan yhdessä omaisten kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma. HoPaSu sisältää tietoa asiakkaan toiminnallisen, psyykkisen ja sosiaalisen tuen tarpeista sekä tukipalvelujen tarpeesta.

HoPaSun tarkoituksena on järjeistää asiakkaan palvelua sekä auttaa palvelun laadun ja määrän arvioinnissa. HoPaSun tulee perustua ajantasaiseen tietoon asiakkaan toimintakyvystä ja avuntarpeesta. HoPaSuun asetetaan toiminnan tavoitteet, ja se toimii hoitajan päivittäisenä työkaluna. HoPaSun ja sen tavoitteiden toteutumista arvioidaan säännöllisesti, ja se päivitetään säännöllisesti, vaikka toimintakyvyssä ei tapahtuisi muutoksia.

Asiakkaiden päivittäisten toimintojen ja avun tarpeen kirjaaminen ja sen arviointi ovat usein puutteellisia. Kirjaaminen voi olla myös epätarkoituksenmukaista töiden luettelemista. Tällöin asiakkaan tarpeille tavoitteellinen ja hoidon kannalta tarpeellinen tieto ei ole kenenkään käytettävissä. Toisaalta vaikka tietoa olisikin saatavilla, hoitajat eivät aina hyödynnä sitä. Tavoitteisiin perustuva kirjaaminen on kuitenkin laadukkaan hoidon edellytys. Mikäli tietoa asiakkaan voinnista ja tarpeista ei kirjata, se jää hiljaiseksi tiedoksi eikä saavuta henkilöitä, jotka hyötyisivät tiedosta.

³¹ Choon (2001) tiedonhallinnan malli on kuvattu Luvussa 3.2.

Ajantasaista asiakkaista kerättyä tietoa voidaan käyttää usealla tasolla: asiakkaan hoitamisessa, työyksikön päivittäisen toiminnan suunnittelussa ja strategisen suunnittelun tukena. Asiakkaasta kerättyjen tietojen hyödyntäminen on yhteydessä myös hoidon parempaan laatuun. Lisäksi toimintakyvyn ja HoPaSun dokumentointia seuraamalla voidaan seurata hoitotyön laatua. Mikäli asiakkaiden avuntarvetta ei arvioida säännöllisesti tai tiedot eivät ole ajantasaisia, tietoa ei pystytä hyödyntämään.

Syitä vähäiseen tiedon tuottamiseen ja tietojen hyödyntämiseen voi olla useita, saatetaan esimerkiksi ajatella, että ne vievät liikaa aikaa perustyöltä. Erilaisien dokumenttien laadinta voidaan kokea myös ulkoapäin tulevaksi määräykseksi, eikä tiedon nähdä tukevan omaa työtä.

Hyvä tiedonhallinta tiedontarpeen määrittelystä toiminnan sopeuttamiseen, on edellytys organisaation toiminnan onnistumiselle.

5 Tulokset

5.1 HAASTATTELUIJEN TULOKSET

Tässä luvussa esitetään haastattelujen tulokset pää- ja yläluokittain. Tulokset etenevät yläluokkien mukaisessa järjestyksessä, ja luvun lopussa on yhteenvedo tuloksista. Tuloksista on rajattu pois toimintakykyarviointi tulosten antaman tiedon hyödyntäminen yksikkötasolla, koska tutkimuksen kohteena oli selvittää, kuinka hoitajat hyödyntävät asiakaskohtaista tietoa.

Tuloksiin on otettu mukaan suoria lainauksia haastatteluista. Haastattelujen ilmaisut on merkitty kirjaimella V (vastaus). Tarvittaessa haastatteluun on lisätty haastatteluun osallistuvien henkilöiden tunnisteet (ei merkintää = yksilöhaastattelu, 2-4 = pari- tai ryhmähaastattelu). H tarkoittaa haastattelijaa. Mikäli tutkija on lukijaa helpottaakseen lisännyt sanoja alkuperäiseen ilmaisuun, lisäyksissä on merkintä (*LK: kursivoituna suluissa*). Lainauksien lopussa on haastattelutilaisuuden tunnistekoodi.

Ikäihmisten avuntarpeen arvioimiseksi tarvittavat tiedot

Toimintakyky nähtiin usein kykynä tehdä päivittäisiä toimia. Haastateltavien mukaan fyysisen toimintakyvyn arviointi painottui, ja muut osa-alueet (psyhykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen) jäivät vähemmälle arvioinnille.

V: Toimintakyky on sitä jokapäivästä, mitä pystyy tekeen, käveleen, istuun, syömään. Et mitä se on, mitä pystyy päivittäisesti tekeen. (117-Y-1)

V2: Toimintakyky on esimerkiksi omatoiminen ruokailu, siis syöminen ja tuot... se toimintakyky rajottuu siihen, että pyyhkii kasvoja pesulapulla, pyyhkii käsiä, ehkä pesee hampaita, kampaa hiuksia. Esimerkiksi pukeutumisessa pujottaa omatoimisesti käsiä hihoihin. (120-Y-3)

Ikäihmisten hoitoa varten tarvittavan tiedon hankinta

Hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaa varten tarvittavan toimintakykyarvioinnin tekijältä edellytettiin koulutusta. Arvioinnit pyrittiin tekemään moniammatillisesti, ja HoPaSun laatimiseen otettiin mukaan asiakas sekä mahdollisesti myös asiakkaan omainen. Useissa haastatteluissa nousi esille vastuuhoidajan rooli arvioinnin ja HoPaSun laatimisessa ja päivittäisessä.

V2: ... ohje on ollu, et ei mene tekemään arviointeja jos ei ole käynyt koulutusta. (100-K-2)

V: Kun hoito- ja palvelusuunnitelman meidän talossa tekee, siihen osallistuu aina meidän sosiaalihoaja, siihen osallistuu sairaanhoitaja ja siihen osallistuu omahoitaja tai sitten tiiminvetäjä. Ja toki sitten niinku asukas ja asukkaan omainen. (116-Y-1)

V: ...tehhään yhdessä se asiakkaan ja toivottavasti myös aina omaisen kanssa myös hoito- ja palvelusuunnitelma, ja se on sitte vastuuhuoltajan tehtävä...(008-K-1)

Arvioinneissa huomioitiin asiakkaan elämään vaikuttavat asiat kuten asuinympäristö ja asiakkaan kodin varustus. Myös kodin turvallisuus sekä mahdollisten apuvälineiden tarve kartoitettiin. Lisäksi huomioitiin asiakkaan omaisten mielihoidetta, miten ikäihmiset pärjäävät kotona.

V1: Aletaan havannoimaan jo siitä ympäristöstä. Kuinka paljon rappusia? Onko hissi talossa? Missä oli lähin kauppa tässä ympäristössä?... Sitten tietysti siellä asiakkaan kotona sitten, että minkälaiset siellä on ne kodin tilat? Miten hän liikkuu siellä kotona? Kuinka hän tulee avaamaan oven? Ja sitten tuota tietysti asiakkaan kanssa keskustellen. Siitä, että mikä hänen elämäntilanteensa on ja mikä hänen toimintakykynsä on. Siellä on yleensä... pääsääntöisesti on omainen tai joku läheinen siellä paikalla. Hänenkin mielipiteensä sitten otetaan siinä huomioon. (125-K-4)

V2: ... asunnot pyritään saamaan semmoisiksi, että siellä sitten pystyy liikkumaan turvallisesti. (122-Y-2)

HoPaSun päivittämiseen oli sovittu aikavälit ja sen toteutumista voitiin seurata erillisellä listalla. Arviointien teosta jouduttiin muistuttamaan henkilökuntaa. Usein tiimivastaavat vastasivat siitä, että arvioinnit tehdään.

V1: ... meidän ryhmäkodissa toimii niin, että meillä on semmonen seinällä esimerkiksi, kun hoitosuunnitelmat pitää päivittää, niin jokaisen asukkaan nimi, ja sit sie laitat sinne rastin, kun sie oot sen päivittänyt ja tehnyt, kuittaat sen.

V2: Tiimivastaava. (119-Y-2)

Haastateltujen mukaan kaikki arvioinnit eivät olleet aina luotettavia. Koulutus ei taannut arvioinnin oikeellisuutta. Arvioinnin luotettavuuteen vaikutti hoitajan asenne: osa haastateltavista kertoi, että arvioinneissa saatetaan kiinnittää liikaa huomiota asiakkaan subjektiiviseen kokemukseen omasta toimintakyvystä, jolloin arviointien tulokset eivät ole luotettavia. Uuteen hoitopaikkaan siirtyessä aiemmassa paikassa tehdyt arvioinnit eivät aina pitäneet paikkaansa, sillä asiakas saattoi esimerkiksi pystyä syömään itse, vaikka oli arvioitu, että hän tarvitsee syömiseen apua.

V1: ... jos ihminen niinku tekkee vaan niinku hutasemalla jonkun läpi, niin sehän ei oo luotettava... Ihan selekeitä virheitä on... Jotkut oppii toella hyvin ilman koulutusta ja jotkut ei opi vaikka istuu koulutuksessa vuosikauvet. Se on varmaan niinku siitä omasta...

V2: asenteesta ja kiinnostuksesta. (120-Y-3)

V1: ... monta kertaa kotihoitokin toimii sen asiakkaan subjektiivisen toimintakyvyn kokemuksen mukaan, ja siinähan se ongelma tavallaan on, kun ei oo se tahtotila eikä pahuutta, vaan se on sitä osaamattomuutta omalla tavallaan. Ja sitä kulttuuria. Että se oikee toimintakyky ei ookaan selvillä, ja se on tehny tästä kaikesta aika epäluotettavaa. Ajatellaan nyt mittareita ja tuloksia ja muita. (111-K-4)

V1: ... sanotaan, (LK: toimintakykyarvioinnissa) että ei ota ollenkaan jaloille vaikka, ja voi olla... no yks tapaus oli kerran, että ei ota jaloille ja magneettivyyssä ja täysin syötettävä. Mutta sitten olikin, että hän otti jaloilleen, käveli ja söi ite. Että ei aina niinku kohtaa ne. (120-Y-3)

Arvioinnin näkökulma saattoi vaihdella hoitajakohtaisesti. Osa hoitajista teki arvioinnin omasta näkökulmastaan, jolloin arviointi kuvasi enemmän hoitajan selviytymistä työstä kuin asiakkaan todellista toimintakykyä. Hoitajalähtöinen ajattelumalli saattoi näkyä myös työjärjestelyissä. Arviointien teko saatettiin kokea ylimääräiseksi työksi, ja hoitajan asenne ja kiinnostus työtä kohtaan koettiin merkittäväksi tekijäksi arvioinnin luotettavuuden näkökulmasta.

V2: Arviointi minä siitä lähtökohasta, että minä vaikka kykenen yksin niinku ns. hoitamaan sen asiakkaan lähtökohista vai tarviinko minä oman fysiikkani puolesta siihen työkaverin, jolloin minä merkkään, että se on kahdenhoidettava. (120-Y-3)

V: Koska se on hyvin hoitajalähtökohtaisesti monesti tehty. Ja tähän mä luulen, et tulee auttaan se, et meillä on paljon sairaanhoitajia, joilla on kokemusta.

H: Ymmärsinkö oikein, kun sanoit, että se on niin hoitajariippuvainen. Tarkotatko sitä, että miten se hoitaja tulkitsee niitä vaihtoehtoja, et minkälainen tulos tulee?

V: Joo, kyllä, joo, kyllä. (116-Y-1)

V2: ... et siellä ei oikeasti tarvita kahta mut on ollut sit silleen, et sieltä selvii sit nopeemmin pois. Tää on nyt tälleen aika kärjistetty esimerkki, mut näitä on... (111-K-4)

V1: ... että kaikki, mikä on ylimäärästä, niin voi jättää muille. (120-Y-3)

Haastatteluista selvisi, että asiakkaiden toimintakykyarviointien ja HoPaSujen yhteneväisyys vaihteli. Samassa yksikössä saattoi olla suuria hoitajakohtaisia eroja siinä, kuinka hyvin dokumentit vastasivat toistensa tietoja. Haastateltujen kertoman perusteella osa heidän yksikkönsä työntekijöistä arvioi asiakkaan toimintakyvyn säännöllisesti ja päivitti HoPaSun tehdyn arvioinnin mukaan. Osa hoitajista puolestaan saattoi päivittää pelkästään toimintakyvyn arvioinnin hoitajalähtöisesti ja jättää HoPaSun päivittämättä.

V: No toimintakyky arvioidaan aina kun hoito- ja palvelusuunnitelmaa päivitetään. (113-Y-1)

V: ... jos se on kovin sillai hoitajälhtökohtasesti tehty se arvio, niinku hoitajan näkökulmasta, niin silloin ne ei mee käsi kädessä. (116-Y-1)

V1: No toisilla on ja toisilla ei. Meillä kun on se omahoitajasysteemi, niin ne sanoo, ettei ne aina oo.

V2: Toisilla on hyvinnii tarkasti ja toisilla on vähän leväperäsemmin.

V2: Niin, vähän silleen että... Mut tuota, et ei niin tarkasti. (119-Y-2)

Se missä järjestyksessä toimintakykyarviointi ja HoPaSu tehtiin, vaihteli paikotain. Osassa paikoista tehtiin ensin toimintakyvyn arviointi ja sen perusteella HoPaSu, kun taas paikoista järjestys oli päinvastainen. Perusteeksi HoPaSun laadinnalle ennen toimintakyvyn arviointia kerrottiin, ettei asiakasta tuolloin vielä tunnettu. Näin ollen HoPaSu pystyttiin tekemään ensin asiakkaan ollessa virkeä tai kun hänellä oli omainen mukanaan.

V: No se palvelu- ja hoitosuunnitelma tehdään sitten vasta kun asukas tulee taloon... Niin ensin on tosiaan se arviointi. (118-Y-1)

V: Jos tulee uus (*LK: asiakas*) tehostettu, niin eihän me tunneta sitä, sen toimintakykyä täysin. Että ei sitä arviointia ihan heti voi tehdä. Melkein siinä, kun lähetetään hoito- ja palvelusuunnitelma, tai siinä samassa. Mutta eihän me välttämättä vielä tunneta sitä asukasta.

V: Hoito- ja palvelusuunnitelmassa aina jos on omaisia, on omainen mukana. Tai sit asukas on niin virkee, että pystyy itte niinku sanoon. (117-Y-1)

V2: Meillä taitaa tulla hoitosuunnitelma, ainakin minun asukkaitten kohalla, mitkä on uutena tullu. Koska mie en oo sitä arviointikoulutusta käynny. (119-Y-2)

Asiakkaiden toimintakyvyn seuraamisen aikaväli oli sovittu kaikissa haastattelupaikoissa. Aikavälit vaihtelivat 3 ja 12 kuukauden välillä. Arvioinnit eivät kuitenkaan toteutuneet aina suunnitellusti. Usea haastateltava otti esille hoitajan arvomaailman vaikutuksen tämän suhtautumisessa asiakkaisiin ja työhön. Kun haastattelija kysyi, miksi ei toimita ohjeistuksen mukaan, syyksi kerrottiin esimerkiksi hoitajan arvot. Jos ne olivat ristiriidassa organisaation arvojen kanssa, toimintakykyarvioinnit eivät toteutuneet sovitusti. Samoin hoitajan heikko työmotivaatio aiheutti toimintakykyarvioinnin viivästymisen. Osaa hoitajista jouduttiin muistuttamaan arviointien teosta.

V1: Meillä on ollu neljä kertaa vuodessa, tuleeks se kolmen kuukauden välein.

V2: Ja hoito- ja palvelusuunnitelma ja arviointi kerran vuodessa ja tarkastetaan tilanteen muuttuessa. (119-Y-2)

V1: Se on meidän laatukriteereissä että puolen vuoden... kahesti vuodessa tehdä toimintakykyarvio ja päivittää hoitosuunnitelma. (125-K-4)

V1: Tota, mie haen nyt sen sanan, mie sanon sen kohta, mutta mie mietin tässä, et ku mie aattelen, et se on ensinnäki se arvostuskysymys, oma motivaatio, oma tahtotila ja ja sit se, että hoitajien, nimenomaan hoitajien, että sanoisinko nyt työmoraaliki... arvot on tosi tärkeet siinä. (100-K-2)

V2: Meillä on ainaki toimittu niin se on sitten se tiiminvastaava, mikä siihen puuttuu ensin ja niist puhutaan yhes, eikä se henkilöidy, vaan sitä muistutellaan koko porukkaa sitte niinku, että se koskee tavallaan kaikkia. (100-K-2)

Asiakkaan toimintakyvyn seuraamiseksi tehtäviä arviointeja ohjasivat hallinnolliset tekijät. Osa haastatelluista kertoi, että arviointeja tehdään, koska kaupunki ja hallinto tarvitsevat tietoja asiakkaista. Osa haastateltavista tiedosti, että arvioinneilla on merkitystä myös asiakkaan palvelujen oikeanlaisen kohdentamisen vuoksi. Haastatteluissa todettiin, että hoitajan asenne on merkittävä tekijä sovitujen hoitokäytäntöjen, kuten toimintakykyarvioinnin, toteuttamisessa.

V2: Kun on ostopalveluja nää asukkaat. Kaupunki edellyttää. (119-Y-2)

V1: Omiin tarkoituksiinsa hallintoelimet näitä tarvitsevat. (009-Y-2)

V1: Me tehdään, koska meitä käsketään... (114-K-2)

V1: Se asennemuutoshan se on sitä, että me nähdään, että se ei oo pakko tehdä sitä jonkun tilaston takia sitä työtä. Vaan se, että se hyvin suunniteltu työ on niinku puoleksi tehty. (125-K-4)

Ikäihmisten hoitoa varten tarvittavan tiedon hankintavälineet, menetelmät ja tiedon säilyttäminen

Kaikissa haastattelupaikoissa oli käytössä toimintakyvyn arviointiin tarkoitettu ja arviointimenetelmiä, esimerkiksi RAI-arviointijärjestelmää tai RAVA-mittaria. Näiden tukena käytettiin esimerkiksi ikäihmisille suunnattua masennustestiä (GDS-15), muistitestiä (MMSE ja alkoholinkäyttöä arvioivaa testiä (Audit). Kaikissa paikoissa oli olemassa ohjeet arviointiprosessista, mutta joka paikassa ohjeita ei noudatettu kaikilta osin. Tietoa kerättiin asiakkaita haastatteleamalla, havainnoimalla ja erilaisilla fyysistä toimintakykyä kuvaavilla testeillä. Toimintakyvyn mittaaminen tarkoitti osalle haastatelluista ainoastaan fyysisen toimintakyvyn mittaamista.

V1: (LK: *Asiakkaan luona*) käydään ihan nää päivittäiset toiminnot ja välineelliset toiminnot ja muistiasioita ja ympäristön toimivuutta ja aika laajasti sitä asiakkaan pärjäämistä. Ja tarvittaessa me tehdään MMSE-muistitesti. Tarvittaessa tehdään GDS15... Toimintakykyarviointi tehdään sitten siinä, ja sitten voidaan myös tehdä alko-testi. Oikeastaan ne on semmoisia meidän perusvälineitä. (111-K-4)

V3: No erilaisilla testauksilla. No esimerkiks siinähan on niitä, että pystyykö istumaan sängyn reunalla ja miten pystyy kävelemään ja tasapainotesti ja istumatasapaino ja...

V2: seisomatasapaino...

V3: Ja sitten on kaikki ne, että miten ojentaa käsiä ja...

V1: onko toispuoleisia rajoitteita ja... (120-Y-3)

V2: Havannoimalla, että katsomalla, miten hän pärjää syömisessä, pukemisessa, pesuissa, wc-toiminnoissa. (009-Y-2)

Asiakkaan kohtaamisesta tehdään merkintöjä hoitokertomukseen. Useissa paikoissa on ohje, että vain poikkeumat HoPaSussa kirjataan. Lisäksi on annettu ohje, että jokaisesta asiakkaasta kirjataan tietoja vähintään kerran viikossa. Haastateltavien mukaan kirjattavat asiat liittyivät usein esimerkiksi verensokerimitauksen tuloksiin tai verenpainelukemiin. Usea haastateltava korosti, että kirjaamisen näkökulma on asiakaslähtöinen, ei hoitajan työn kuvaamista.

V2: Me kirjataan asiakkaaseen liittyvät asiat. Tai sillä tavalla kirjataan asiakkaan toimintakyvystä, voinnista... Ja muutoksista totta kai. Tämmösistä. Ideana olisi, että kerran viikossa pitäisi olla jokaisesta asiakkaasta jotain kirjattuna. Ja sitten vielä jos tulee jotain muutoksia, niin ne täytyy aina... tai jotain erikoista...

V2: Joo. Verensokeri tai jotain. Joo, ei tarvii kirjata jos ei oo muutosta.

V4: ... tietyt asiat, jotka on sovittu, jotka pitää sinne dokumentoida... näitä arvoja, täntyyppisiä asioita... kirjaamisella ilmastaan sitä sen ihmisen ja sen asiakkaan toimintakykyä ja selviytymistä ja sellasta. Eikä niinku kirjata ääripäitä... sitä, että hoitaja on tehnyt... mitä hoitaja on tehnyt.

V2: On sovittu, että me autetaan asiakkaalle vaatteet päälle joka aamu ja autetaan se pyörätuoliin. Niin sitä ei tarvii joka päivä kirjata sinne. (125-K-4)

V1: Yleensä näillä asukkailla on vähintään kerran viikossa, on se sitten verensokerimittaus tai verenpainemittaus tai joku muu vastaava, niin sitten siinä samassa kirjataan, että näin niinku yleisesti siitä asukkaasta pari riviä. Hänen voinnistaan ja onko mitään erityistä.

V1: On lääkärissä käyntiä, on lääkemutoksia ja on injektioita.

Ja tosiaankin, että se kirjaaminen olisi asiakkaasta. Asiakaslähtöistä, eikä se, mitä hoitaja on tehnyt. (122-Y-2)

Useilla paikkakunnilla esitettiin suullinen raportti työvuoron alkaessa tai sen vaihtuessa. Raportti saatettiin antaa raporttivihkon merkintöjen perusteella, joskus apuna käytettiin hoitokertomusta. Osassa haastattelupaikoista käytössä oli vain suullinen raportti. Millään paikkakunnalla ei ollut käytössä niin sanottua hiljaista raporttia, jossa asiakkaiden tietoja katsotaan hoitokertomuksesta.

V1: Siellä (LK: raportilla) puhutaan juuri näitä jos on ollu jotain muutoksia.

V2: Poikkeamia.

V1: Siis kirjataan sinne meidän raporttivihkoon, kirjataan ne poikkeamat, koska raporttivihkon kanssa annetaan raportti.

V1: Se riippuu vähän, että onko siellä esim. voidaan sanoa näin, että tällä asiakkaalla on ollut tällainen tänään, ja nyt on aloitettu (*LK: lääke-*) kuuri tällainen ja muuta vastaavaa. Ja lukee siellä potilastietojärjestelmässä sitten yksityiskohtaisesti miten seurataan. Tai sitten asiakkaalla muutettu haavahoito, ja ohjeet löytyy iholehdeltä.
V2: Meillä ei ole käytössä raporttivihkoa. Toistaiseksi pelannut suullisena raporttina, ja meillä on niin sanotut viikko-ohjelmat. Esimerkkinä kerron nyt, kun iltavuorolainen tulee, niin hän saa sen pääteiltaohjelmansa siihen ja hän sinne sitten merkkää. Ja sitten tietenkin tarkistaa ja katsoo siinä sitten vuoronsa aikana ennen aamuvuoroa. (122-Y-2)

Raportti esitettiin harvoin hoitokertomuksen pohjalta. Yhdeksi syyksi tähän mainittiin kiire. Eräessä ryhmähaastattelussa tuli esille haastateltavien erilainen näkemys asiakkaan tilanteeseen perehtymisestä ennen työvuoroa: Osa haastateltavista oli sitä mieltä, että asiakkaan tilanteeseen on tutustuttava joka kerta ennen tämän hoitamista. Yksi haastateltava piti tutustumista asiakkaan tietoihin ennakkoon kiireen takia mahdottomana.

V2: ... mä puhuin siitä arjesta, konkreettisesta arjesta. Että en mene suinkaan katsomaan koneelta mitään raporttia tai mitään sellaista vaan mä havannoin ja...
V1: Meillä on kolme kertaa päivässä raportit. Tai neljä... Me aamuraportilla kirjataan kaikki, mikä on asiakkaassa muutosta. Tai sille päivälle jos on esim. lääkärissä käyntiä tai muuta vastaavaa erityistä, niin semmoset. Tai jos on huomattu jotain epäkohtia. Tai huomattu jotain asioita, ne kirjataan raporttivihkoon. (122-Y-2)

V3: Mä oon niinku... pikkasen tyrmistynyt!... että ei ole aikaa lukea...
V1: Meillä on aamuvuore kolkyt minuuttia... Ja siinä ei kyllä ihan oikeesti ehdi...
V3: Joo... sitä... mä ymmärrän aamut, että ne on semmosii, mutta voiko päivään valmistautua esim. edellisinä iltapäivänä? Seuraavaan työpäivään...
V2: Mä luulen, että ei välttämättä.
V3: Niin, ei välttämättä mutta... ois aikaa tutustua siihen asiakkaaseen jo etukäteen. Eikä niinku senhetkisen päivän listan mukaan. (125-K-4)

Kun ikäihminen tuli sairaalaan uutena asiakkaana tai siirtyi sairaalasta takaisin omaan kotiinsa tai asumispalveluyksikköön, tieto toimintakyvystä ei aina seurannut uuteen paikkaan, eikä sitä näin ollen voitu hyödyntää.

V: No se riippuu oikeestaan, että mistä hän tulee... mä en osaa sanoa (*LK: onko tieto asiakkaan toimintakyvystä mukana*), tekeekö ne niitä nykyään jonkin verran jo tuolla sairaaloissakin... Mutta ei niitä niinku pääsääntöisesti tuu, että se pyritään tässä heti, kun asukas on tullu, niin tekeen se ensimmäinen. (118-Y-1)

Osa asiakkaista tuli uuteen hoitopaikkaan suoraan sairaalasta, jolloin kotihoidon tietoja ei ollut käytössä. Sairaalassa ei aina arvioitu asiakkaan toimintakykyä.

V1: Ideaalimaailmassa kyllä olisivat kaikki tehtynä. Käytännössä, no suurimmalla osalla on, mutta sitten välillä tulee semmoisia asukkaita jotka esim. tulee tota... että ei

ole välttämättä ollut säännöllisiä palveluita, mutta kuitenkin on selvästi palvelutalon tarve. Että tulevat niin kuin periaatteessa ilman sitä kotihoidon väliporrasta... tai sitten tulee sairaalasta. Sairaalasta ei välttämättä tule niin yksityiskohtaista selvitystä sitten tämmöisistä alueista. (122-Y-2)

Toimintakykyarvioinneista oli mahdollista saada asiakaskohtaisia raportteja, joiden avulla voitiin seurata asiakkaan toimintakyvyn muutosta. Asiakaskohtaisia raportteja hyödynnettiin vähän. Syynä vähäiseen hyödyntämiseen voi olla tarvittavan koulutuksen puute.

V2: Lähinnä olen kattonut ja ja tota ottanu esille, et mä nään tota minkälaisia arvoja mejän asiakkailla on. Sehän ohjaa tietysti sitä mun ajatusta, et että minkä kuntosia mejän asiakkaan on niinku toimintakyvyltään. Mut mut, aivan liian vähän voin, et siinä tarviis niinkun olla itse aktiivisempi ja tarviin kyl koulutustaki tiettyihin näihin eri mittareihin... tässä mun mielest on parantamiseen varaa. (110-K-2)

V2: Mä niin harvoin kyllä arviointiraporttia... oon nähnytkään tai sen täyttää sitten useasti sairaanhoitaja tai esimies, tämmöset. Toki nää... tai faktat on selvillä, mutta raporteista mä en osaa oikein sanoo muuta kuin sen, että mä kyllä tiedän ne lukemat. (122-Y-2)

Ikäihmisten hoitamista varten hankitun tiedon hyödyntäminen

Lähes kaikilla paikkakunnilla tehtiin toimintakykyarviointeja, kun kartoitettiin asiakkaan palvelujen tarvetta. Haastatellut kertoivat, että palvelujen myöntämisen perusteena ei ole yksittäinen arviointimenetelmän antama luku, vaan päätös perustuu asiakkaan kokonaisvaltaiseen hoidon tai hoivan tarpeen arviointiin.

V3: Meillä ei ole mitään niinku arvoja, jolla asiakas pääsisi kotihoitoon... Se asiakkaan tarve määrittelee enemmän sitä palvelun aloittamista.

V4: Meidän näkemys on se, että kun kotihoitoon tullaan asiakkuuteen, niin on syy miksi. Se syy voi olla hyvin erilainen. Ja se voi olla... mutta siis ihmisellähän täytyy olla joku tarve. Ja se tarpeen... sitä tarvetta ei meidän käsityksen mukaan sano mikään yksi mittariluku. Vaan se on niin iso se kokonaisuus ja aina on se asiakaskohtainen arviointi siinä. (125-K-4)

Asiakkuuden syntymisen perustelut eivät aina välittyneet hoitaviin yksikköihin saakka. Tavoitteena palveluja myönnettäessä oli asiakkaiden yhdenvertaisuus.

V: Sitä mä en oikeestaan osaa tässä kohtaa sanoa, miten se (LK: päätös, että asiakkuus syntyy) kaupungin puolesta sitten. Toki varmaan... siis meillehän tuli hirveen paljon asukkaita ihan siis osastoilta, terveyskeskuksista, vuodeosastoilta. (116-Y-1)

V: Tasa-arvoisesti ihmisiä arvoidaan, niin siihen täytyy aina myös muistaa se se elinympäristö ja se elämäkaari ja kaikki muu. (008-K-1)

HoPaSun perusteella useissa paikoissa laadittiin asiakkaille niin kutsuttu viikko-ohjelma, jossa kuvattiin esimerkiksi minä viikonpäivinä asiakas käytetään suihkussa. Työvuoroissa työtä ohjasivat tehtäväliset, joita luettiin papereilta tai mobiililaitteilta. Tehtäväliset ovat usein asiakaskohtaisia, mekaanisia töiden luetteloita. Yksi haastateltavista kuvasi, että tehtävälisan lisäksi ammattilainen huomaa asiakkaan tarpeet havainnoimalla. Kaikissa paikoissa HoPaSun kopiota ei säilytetty asiakkaan kotona. Suunnitelman lukeminen ja toteuttaminen sovitusti vaikutti olevan hoitajakohtaista.

V2: Kyllä se (LK: *asiakkaan avuntarve*) ainakin rivien välistä. Sanotaan, että vaikka niinku näin, että jos on vaikka suihkutuspäivästä kyse, niin mä oon ainakin yhdelle laittanut sillä lailla että... on suihkutettu ja näin. Niin, mulla lukee siellä, että hiusten- ja selänpesussa avustettu, mutta muuten asiakas pesi itse. (114-K-2)

V1: No kyllä se periaatteessa on, että tee näin ja näin ja näin. Että kaikkihan me se ymmärretään, että sen pitäis mennä eri tavalla... Sun pitäis ehkä sitten pystyä avaa se potilastietojärjestelmää, kattoo sieltä... ehkä vähän tutustua siihen asiakkaaseen. Siihen ei oo kyllä aikaa aamulla. Sulla pitäis olla se hopsi siinä...

V2: Toki jokainen hoitaja... on silleen niinku rautaisia ammattilaisia kyllä, jotka on tehnyt työtä paljon. Jolla on niinku sitä kokemusta ja taitoa nähdä se asiakkaan, kun tulee sisään ovesta, että mikä on se tilanne. Että ei niinku totta kai... sokeasti lueta sitä jos on... on vaikka tullut pissat housuun tai tämmönen. Tommonen, että osaa toki reagoida siihen tilanteeseen. Että se ei pelkästään, vaikka siinä on se työtehtävien lista, niin totta kai hoitaja pystyy aina näkee sen kokonaistarpeen...

V2: Meillä ois tarkoitus, että jokaisella meidän asiakkaalla olisi jatkossa hoito- ja palvelusuunnitelma kotona. Että just jos sä meet sen tehtävälisan kanssa sinne sisään, että sä pystyt myös... että jos sä et tunne sitä asiakasta... niin perehtyy siihen niinku... toimintakykyyn ja tarpeeseen vähän paremmin. (125-K-4)

Asiakkaiden tarpeiden huomiointi ja mukaan ottaminen arjen pieniin toimiin saattoi olla riippuvaista hoitajan työskentelytavoista. Yhdeksi syyksi asioiden hoitamiselle asiakkaan puolesta kerrottiin ”hyvän hoitajan tapa toimia”. Asiakkaiden näkökulmasta hyvä hoitaja saattoi olla sellainen, joka tekee asiat asiakkaan puolesta eli palvelee asiakasta. Ajatus tällaisesta palvelukulttuurista istui syvästi sekä asiakkaiden että hoitajien mielessä.

V2: Se (LK: *yritetäänkö saada asiakasta osallistumaan*)... on varmaan vähän... hoitajasta riippuvainenkin se. Että on niinku eri... mehän ollaan yksilöitä.

V1: Kyllä vaihtelee (LK: *hoitajittain*). (125-K-4)

V3: Toimintakulttuuri on tavallaan passivoinut. Pakko vaan myöntää ja tunnustaa se.

V2: Se on just tää palvelukulttuuri, josta pitäis päästä pois.

V1: Mutta toisaalta kun ei oo tietoo. Se vahingoittaa sitä ihmistä, se ei oo hyvä ja pitää levätä ja kaikki nää tällaset tavallaan uskomukset, mitä siellä on. (111-K-4)

Toinen syy asiakkaan puolesta tekemiseen oli se, että asiakkaan luota päästiin nopeammin pois, kun hoitaja hoiti tehtävän itse. HoPaSut tulisi laatia siten, että asiakkaan luona olisi riittävästi aikaa tehdä tietyt asiat yhdessä asiakkaan kanssa. Suunnitelmien laatimista varten tarvittaisiin tieto asiakkaan todellisesta toimintakyvystä.

Haastatteluissa nousivat esille myös hoitajien asenteet työtä kohtaan. Työyhteisöissä oli hoitajia, jotka halusivat selviytyä työstään mahdollisimman vähällä vaivalla. Tällaiset hoitajat eivät pitäneet siitä, jos yhteisöön tuli uusi innokas hoitaja, jolla oli aktiivinen toimintatapa.

V3: ... ei ole riittävästi aikaa toimia silleen asiakasta ohjaavasti. Et aika on niinku laskettu niin, et miten kauan menee, et hoitaja suorittaa. Sillonhan ne tarkoittaa, et nää suunnitelmat ei oo ajan tasalla, eikä ne oo asiakaslähtöisiä.

V1: ... ja sitten tosiaan, et se ei jää päälle, mitä suunnitellaan. Taas tullaan siihen arviointiin. Et se on tosi tärkeä... kotihoidonkin osalta sitä muutoksen tarvetta ja asenne muutoksenkin tarvetta. Että toisille on tosi haasteellista ymmärtää se, et ei tehdä puolesta. Et tuetaan asiakasta suoriutumaan itsenäisesti... Et se on semmoinen hoitamisen ja hoivaamisen vahva kulttuuri.

V2: ... nuori hoitaja tai vastatulleet käytti aikaa, jos oli aikaa niin vei vaik asiakkaan ulos tai kävi asiakkaan kanssa kaupassa, niin toisilt tuli palautetta, että miks sie noin teet... kun ei oo aikaa. Niinku tavallaan se on kulttuurissa ja ajattelutavassa.

V1: Asenne sinällään koko työtä kohtaan ja motivaation puute, että mennään vaan sieltä missä aita on matalin. (111-K-4)

Palvelujen dynaaminen muuttaminen asiakkaan tarpeiden mukaan

Kun asiakkaiden toimintakyvyssä tapahtui muutoksia, heille tehtiin uusi toimintakykyarviointi. Osa haastateltavista kuvasi, että ihannetilanteessa muutokset toimintakyvyssä dokumentoidaan ja päivitetään HoPaSuun. Muutosten dokumentointi oli kuitenkin riippuvainen hoitajan tavasta toimia.

Asiakkaan vointia seurattiin kaksi viikkoa ennen uuden arvioinnin tekoa tilanteissa, joissa hänen tilansa oli muuttunut. Tilapäisissä toimintakyvyn muutoksissa (esim. jos asiakas oli normaalia väsyneempi), uutta arviointia ei tehty. Toimintakyvyn muutoksen täytyi olla merkittävä, jotta toimintakyky arvioitiin uudelleen ja HoPaSu päivitettiin.

V1: Elikkä meillähän on semmoinen ohje, että jos... akuutti infektio tulee. Se on se sama kahen viikon seuranta-aika... Niin se tavallaan se arvion antama hyöty ei aina toteutu näissä, kun se on se kaks viikkoa se aika. (125-K-4)

V2: ... asiakas on kaatunut ja lyönyt jalkansa ja ei pysty... sen takia esim. suoriutumaan jostain tietystä asiasta, mistä ennen pysty. Että semmoinen, mikä vaikuttaa yleensä suoraan siihen hoitoon ja asiakkaan...

V1: käynnit lisääntyvät vaikka kolmeen käyntiin päivässä.

V2: Niin tai joku vaikka... jalassa ruusu tai joku semmoinen niinku, että se vaatii muutoksia. Muutoksia sekä meidän toimintaan että...

V2: Haavat. Ja tämmöset... Vaikka joku syöpä, joka todetaan, mikä sitten vaikuttaa pitkällä aikavälillä voidaan kattoa. (125-K-4)

V1: Että jos vointi huononee, ja hän tarvitsee enemmän apua, niin silloin hänelle suunnitellaan, jos esim. siellä on molemmat kädet katki tai muuta, niin se on pakko auttaa sitten sitä ihmistä. (122-Y2)

Haastatellut kertoivat, että merkittäviä toimintakykyyn vaikuttavia asioita olivat seikat, joilla oli vaikutusta hoitajien toimintaan. Tällaisia olivat yleensä sairaudet, esimerkiksi ruusu jalassa, murtumat ja syöpään sairastuminen. Kaikilla paikkakunnilla merkittäväksi muutokseksi ei katsottu liikkumisen apuvälineen muutostarvetta.

5.1.1 Yhteenveto haastattelujen tuloksista

Toimintakyky nähtiin usein kykynä tehdä päivittäisiä toimia, ja sen arvioinnissa painottui usein fyysinen toimintakyky. Muut toimintakyvyn osa-alueet (psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen) jäivät vähemmälle arvioinnille. Taulukossa 15 esitetään laadullisen aineiston tulokset tiivistettynä.

Toimintakykyarvioinnin tekijältä edellytettiin koulutusta arviointimenetelmän käyttöön. Arvioinnit pyrittiin tekemään moniammatillisesti, ja hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen otettiin mukaan sekä asiakas että asiakkaan omainen. Vastuuhoitajilla oli suuri rooli asiakkaan toimintakyvyn arvioimisessa sekä HoPaSun laatimisessa ja päivittämisessä. Arvioinnit tehtiin kartoittamalla kokonaisvaltaisesti asiakkaan elämään vaikuttavat asiat, kuten asuinympäristö ja asiakkaan kodin varustus. Samalla selvitettiin mahdollisten apuvälineiden tarve. HoPaSun päivittämisen toteutumista seurattiin erillisillä listoilla.

Kaikki toimintakykyarvioinnit eivät olleet luotettavia, eikä työntekijöiden saama arviointikoulutus taannut arvioinnin oikeellisuutta. Arvioinneissa saatettiin kiinnittää liikaa huomiota asiakkaan subjektiiviseen kokemukseen omasta toimintakyvystä. Kun asiakas siirtyi uuteen hoitopaikkaan, edellisessä paikassa tehty arviointi ei aina pitänyt paikkaansa. Dokumentit eivät aina seuranneet asiakasta uuteen paikkaan, joten asiakkaan siirtyessä esimerkiksi sairaalasta kotiin, tieto toimintakyvystä ei välttämättä ollut hoitajien tai omaisten käytössä. Arvioinnin näkökulma saattoi vaihdella hoitajakohtaisesti. Jos arviointi tehtiin hoitajan omasta näkökulmasta, se kuvasi enemmän hoitajan selviytymistä työstä kuin asiakkaan todellista toimintakykyä. Arvioinnit koettiin usein ylimääräiseksi työksi.

Haastattelupaikkakunnilla oli käytössä erilaisia toimintakykyarviointiin tarkoitettuja arviointimenetelmiä, esimerkiksi RAI-arviointijärjestelmä tai RAVA-mittari. Näiden arviointimenetelmien tukena käytettiin lisämittareita esimerkiksi masennuksen ja alkoholinkäytön arvioimiseksi. Kaikissa paikoissa ohjetta arviointiprosessista ja arviointimenetelmien käytöstä ei noudatettu. Tietoa asiakkaista kerättiin haastatteleamalla, havainnoimalla ja tekemällä erilaisia fyysisiä

toimintakykyä kuvaavia testejä. Toimintakyvyn mittaaminen tarkoitti osalle työntekijöistä ainoastaan fyysisen toimintakyvyn mittaamista erilaisien testien avulla.

Asiakkaan kohtaamisesta tehtiin merkintöjä hoitokertomukseen vähintään kerran viikossa, kuten oli ohjeistettu. Lisäksi kirjattiin HoPaSun poikkeumat. Nämä liittyivät usein verensokerimittauksen tuloksen tai verenpainelukemien kirjaamiseen. Työvuoron alkaessa tai sen vaihtuessa raportoititiin enimmäkseen suullisesti raporttivihkon perusteella. Raportoinnin tukena käytettiin joillakin paikkakunnilla hoitokertomusta tai viestivihkoa. Haastattelutilaisuudessa haastateltavilla saattoi olla erilainen näkemys siitä, kuinka tarpeellista asiakkaan tilanteeseen perehtyminen ennen työvuoroa on. HoPaSuja luettiin harvoin ennen asiakkaan kohtaamista. Päivittäinen hoito perustui mekaanisiin tehtävälis-toihin, jolloin hoitajille ei välittynyt tietoa siitä, kuinka hyvin asiakas pystyi itse osallistumaan päivittäisiin toimiin.

Taulukko 15. Laadullisen aineiston tuloksien päätelmät pääluokittain.

Pääluokka	Päätelmät
Ikäihmisten avuntarpeen arvioimiseksi tarvittavat tiedot	<ul style="list-style-type: none"> • Useilla hoitajilla oli sairauskeskeinen käsitys toimintakyvystä. • Toimintakyvyn arvioinnissa painottui usein fyysinen osa-alue.
Ikäihmisten hoitoa varten tarvittavan tiedon hankinta	<ul style="list-style-type: none"> • Toimintakykyarviointeja ei aina toteutettu sovitusti. • HoPaSu ja toimintakyvyn arviointi eivät olleet aina yhdenmukaisia. • Asiakkaan hoidon perustana oleva HoPaSu ei ollut aina ajan tasalla. • Asiakkaan hoito ei perustunut ajantasaiseen tietoon. • Osassa yksiköistä tehtiin ensin HoPaSu ja sen jälkeen toimintakykyarviointi. Tämä johti helposti hoitajalähtöiseen toimintakykyarviointiin. • Toimintakykyarviointien toteuttamisessa oli hoitajakohtaisia eroja. • Hoitajan asenne vaikutti arvioinnin luotettavuuteen. • Hallinnolliset syyt ohjasivat usein arviointien tekoa. • <u>Arviointien tekoa ja HoPaSua ei nähty hoidon perustana.</u>
Ikäihmisten hoitoa varten tarvittavan tiedon hankinta-välineet, menetelmät sekä tiedon säilyttäminen ja sen jakaminen	<ul style="list-style-type: none"> • Haastattelupaikkakunnilla käytössä oli arviointimenetelmää: osassa paikkakunnista käytettiin molempia menetelmiä päällekkäin. • Tiedon tuottamisessa ja hyödyntämisessä oli hoitajakohtaisia eroja. • Asiakkaan tilasta kirjattiin ylös usein vain HoPaSun poikkeamat. • Tieto asiakkaan tilanteesta kulki eteenpäin usein suullisesti tai viestivihkon avulla.

Ikäihmisten hoitamista varten hankitun tiedon hyödyntäminen	<ul style="list-style-type: none"> • HoPaSuja luettiin harvoin ennen asiakkaan luo menoa. • Päivittäinen hoito perustui mekaanisiin tehtävälisoihin. • Asiakkaiden tarpeisiin perustuvaa hoitoa toteutettiin osittain tutustumatta asiakkaan HoPaSuun. • Osa työntekijöistä halusi suoriutua asiakastyöstä nopeasti ja vähällä vaivalla.
Palvelujen dynaaminen muuttaminen asiakkaan tarpeiden mukaan	<ul style="list-style-type: none"> • Uusi arviointi tehtiin, jos muutos toimintakyvyssä oli merkittävä. Merkittävillä asioilla tarkoitettiin usein sairauskeskeisiä asioita. • Uusi toimintakykyarviointi tehtiin usein jos muutos vaikutti hoitajan toimintaan. • Asiakkaan toimintakykyarviointi ja HoPaSu eivät aina olleet ajan tasalla.

Tieto asiakkaan toimintakyvystä ei seurannut aina asiakasta tämän siirtyessä sairaalasta takaisin omaan kotiinsa tai asumispalveluyksikköön. Toimintakykyarvioinneista saatavia asiakaskohtaisia raportteja hyödynnettiin melko vähän.

Asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa käytettiin toimintakykyarviointeja, ja palvelujen myöntämisen perusteena ei ollut arviointimenetelmän antama yksittäinen luku. Päätös perustui asiakkaan kokonaisvaltaiseen hoidon tai hoivan tarpeen arviointiin. Palvelujen myöntämispäätöksissä oli tavoitteena asiakkaiden yhdenvertaisuus. Hoitavissa yksiköissä ei ollut aina tietoa siitä, millä perusteella palvelu oli asiakkaalle myönnetty.

HoPaSun perusteella laadittiin viikko-ohjelma, jossa kuvattiin asiakkaan tarpeita eri päivinä ja vuoroissa. Näistä viikko-ohjelmista koostettiin työvuoroon tehtävälista, jonka mukaan hoitajat toimivat. Tehtävälisat olivat usein asiakaskohtaista mekaanista töiden luettelua, esimerkiksi Maija Meikäläisen kohdalla saattoi lukea ”suihkupesut”. Merkinnöistä ei selvinnyt aina selvinnyt kuinka aktiivinen Maija M. pystyi itse olemaan suihkupesuisissa. HoPaSua ei aina säilytetty asiakkaan kotona, ja suunnitelman lukeminen ja sen toteuttaminen oli hoitajakohtaista. Työvuoroa ohjasi siis tehtävälista, mutta ammattilainen huomasi asiakkaan lisätarpeet havainnoimalla.

Asiakkaiden tarpeiden huomiointi ja arjen pieniin toimiin mukaan ottaminen oli riippuvaista hoitajan tavasta työskennellä. Ajatus palvelukulttuurista istui syvästi sekä asiakkaiden että hoitajien mielissä. Syy siihen, että hoitaja teki asioita asiakkaan puolesta, saattoi olla myös se, että asiakkaan luota päästäisiin nopeammin pois. Esille nousi hoitajan oma asenne: osa hoitajista halusi suoriutua työstä mahdollisimman vähällä vaivannäöllä. Tällaiset hoitajat eivät pitäneet uusien, innokkaiden hoitajien aktiivisesta toimintatavasta asiakkaiden kanssa. HoPaSut tulisi laatia siten, että asiakkaan luona olisi riittävästi aikaa tehdä suunnitellut asiat yhdessä asiakkaan kanssa. Tämä edellyttää tietoa asiakkaan todellisesta toimintakyvystä.

Asiakkaiden toimintakykyarviointien ja HoPaSujen yhteneväisyys ja ajan-tasaisuus vaihtelivat hoitajakohtaisesti saman yksikön sisällä ohjeistuksesta

riippumatta. Myös toimintakykyarvioinnin ja HoPaSun ajallinen järjestys vaihteli. Osassa paikoissa tehtiin ensin toimintakykyarviointi ja sen perusteella HoPaSu, kun taas osassa paikoista järjestys oli päinvastainen.

Asiakkaille tehtiin uusi toimintakykyarviointi, kun toimintakyvyssä tapahtui muutoksia. Tilapäisistä toimintakyvyn muutoksista ei tehty uutta arviointia, vaan asiakkaan vointia seurattiin yleensä kaksi viikkoa ennen uuden arvioinnin tekoa. Ihannetilanteessa muutokset toimintakyvyssä dokumentoitiin ja HoPaSuun tehtiin muutokset. Muutosten dokumentointi oli kuitenkin riippuvainen hoitajan tavasta toimia.

Haastateltujen mukaan toimintakykyä seurattiin usein hallinnollisten vaatimusten takia: kaupunki ja sen hallinto vaati seuraamista. Kaikki haastatellut eivät nähneet arviointien tekoa ja HoPaSua asiakkaan hoidon perustana. Osa haastateltavista tunnisti arviointien merkityksen asiakkaan hoidon suunnitteluun. Hoitajien oma asenne vaikutti arvioinnin toteuttamiseen.

Uusi arviointi ja HoPaSun päivitys edellyttivät merkittävää muutosta asiakkaan toimintakyvyssä. Merkittäviksi asioiksi katsottiin sellaiset sairauksiin liittyvät asiat, jotka vaikuttivat hoitajien toimintaan. Tällaisia olivat esimerkiksi tulehdukset, murtumat tai syöpään sairastuminen. Uusi toimintakyvyn arviointi tehtiin, jos asiakkaan toimintakyvyn muutos vaikutti hoitajan toimintaan. Kaikilla paikkakunnilla liikkumisen apuvälineen muutostarvetta ei katsottu merkittäväksi muutokseksi. Useilla hoitajilla oli hyvin sairauskeskeinen käsitys toimintakyvystä.

Haastattelujen mukaan toimintakykyä arvioitiin sovittujen käytäntöjen mukaan 3–12 kuukauden välein ja lisäksi silloin, kun asiakkaan toimintakyvyssä tapahtui merkittäviä muutoksia. Tulosten mukaan arviointeja ei aina toteutettu sovitusti. Haastateltavat pohtivat hoitajan arvomaailman vaikutusta sovittujen käytäntöjen noudattamiseen ja yleiseen työhön suhtautumiseen.

Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen tuloksia hyödynnettiin tutkimuksen toisessa vaiheessa toteutetun kyselyn laadinnassa.

5.2 KYSELYN TULOKSET

Tulokset esitetään siten, että ensin kuvaillaan vastaajien taustatiedot. Seuraavaksi esitetään arvovalinnat (arvovalintojen vaikutus muuttujiin ja summamuuttujiin Choon (1998,2001) mallin mukaan jaoteltujen osioiden yhteydessä). Tämän jälkeen kuvataan summamuuttujat, niiden keskiarvot ja korrelaatiot. Lopuksi esitetään kaksisuuntaisten varianssianalyysien sekä yksittäisten muuttujien tulokset vaiheittain Choon mallia mukaillen. Summamuuttujien ulkopuolelle jääneitä muuttujia (n = 16) käytettiin kaksisuuntaisessa varianssianalyysissä selittävinä tekijöinä. Tulosesiintöön on nostettu vain muutama tutkimuksen kannalta mielenkiintoinen yksittäisen muuttujan tulos. Kaikkien yksittäisten muuttujien jakaumat esitetään Liitetaulukossa 8 lukuun ottamatta summamuuttujissa mukana olevia muuttujia, jotka esitetään Liitetaulukossa 2–7.

Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn vastasi yhteensä 1 002 henkilöä (ks. Kuvio 5), joista sukupuolen ja paikkakunnan ilmoitti 998 henkilöä (ks. LIITETAULUKKO 9). Vastaajat jakautuivat suuralueittain seuraavasti: Helsinki-Uusimaan alueella työskenteli 15 prosenttia (n = 145), Etelä-Suomessa 33 prosenttia (n = 327), Länsi-Suomessa 27 prosenttia (n = 266) ja Pohjois- ja Itä-Suomessa 25 prosenttia (n = 250). Vastaajista oli naisia 97 prosenttia (n = 957). Koska vastaajista oli miehiä pienen määrä, kolme prosenttia (n = 31), aineiston analysoinnissa ei käytetä taustamuuttujana sukupuolta.

Vastausprosentit pystyttiin laskemaan vain niiden vastaajien osalta, joille lähetettiin käyttäjätunnuksella ja salasana suojattu henkilökohtainen linkki (rinnakkaisversio A, ks. Kuvio 5). Tämän rinnakkaisversion osalta vastausprosentti oli 14 (n = 582) (ks. Taulukko 16). Lisäksi kyselyn rinnakkaisversioon B vastasi 409 henkilöä avoimen e-lomakelinkin kautta.

Taulukko 16. Kyselyn rinnakkaisversion A vastaanottajat ja siihen vastaajat suuralueittain.

Suuralue	Suojattu yhteys, N =	Suojattu yhteys, n =	Vastausprosentti (%)
1. Helsinki-Uusimaa	1 117	124	11
2. Etelä-Suomi	496	112	23
3. Länsi-Suomi	638	107	17
4. Pohjois- ja Itä-Suomi	1 372	155	11
Yksityiset palveluntuottajat	465	84	18
Yhteensä	4 088	582	14

Vastaajista (ks. LIITETAULUKKO 9) yli puolet (62%) oli lähihoitajia, (n = 617). Viidennes (n = 225) vastaajista kuului ryhmään ”sairaanhoitajat”. Muihin vastajaryhmiin kuului yhteensä 15 prosenttia vastaajista (n = 153).

Kaikkien vastaajien keski-ikä oli 46 vuotta ($n = 997$, $sd\ 11,567$) (ks. LIITETAULUKKO 10). Julkisen organisaation työntekijät ($n = 907$) olivat keskimääräisesti hieman vanhempia (iän ka. 46) kuin yksityisellä sektorilla ($n = 90$, iän ka. 40) Ero oli tilastollisesti merkitsevä (ANOVA, $F = 21,668$, $p = < 0,001$). Ammattiryhmittäin katsottuna kotiaavustajat olivat keskimääräisesti vanhimpia, 54-vuotiaita ($n = 49$). Nuorimpia olivat sairaanhoitajat, jotka olivat keskimäärin 44-vuotiaita ($n = 225$) (ANOVA $F = 16,451$, $p = < 0,001$).

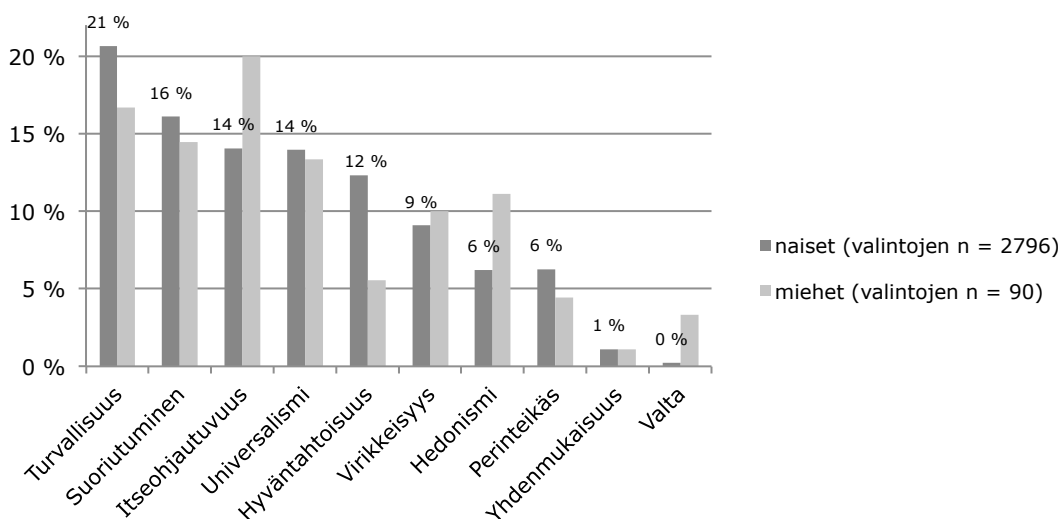
Työkokemusta nykyisessä ammatissa oli kertynyt (ks. LIITETAULUKKO 10) keskimäärin 13 vuotta ($n = 992$). Johtajiin kuuluneet olivat työskennelleet nykyisessä ammatissa keskimäärin 14 vuotta ($n = 66$) ja kotiaavustajat 26 vuotta ($n = 49$) (Anova $F = 22,165$, $p = < 0,001$).

Vastaajista lähes puolet (46%, $n = 459$) työskenteli ei-ympäri vuorokautisessa yksikössä, joita ovat kotihoito tai tavallinen palvelutalo. Tehostetussa palvelutalossa työskenteli vastaajista 43 prosenttia ($n = 425$). Lisäksi laitoshoidossa työskenteli yhdeksän prosenttia ($n = 84$) ja asiakkaiden ohjausyksikössä tai muussa työyksikössä 2 prosenttia ($n = 21$) vastaajista (ks. LIITETAULUKKO 9). Vastaajista 71 prosenttia ($n = 700$) ilmoitti toimivansa itse asiakkaan vastuuhoitajana. Vastuuhoitajien osuus vastaajista vaihteli suuralueittain, Helsinki-Uusimaan alueella vastaajista 60 prosenttia ($n = 87$) toimi vastuuhoitajina, kun taas Länsi-Suomessa vastuuhoitajien osuus oli 75 prosenttia ($n = 199$) (Pearson Chi $p = 0,009$).

Tämän kyselyn mukaan Suomessa käytetään ikäihmisten toimintakyvyn arviointiin pääasiassa kahta arviointimenetelmää: RAI-arviointijärjestelmää käytti vastaajista 43 prosenttia ($n = 425$) ja RAVA-mittaria 50 prosenttia ($n = 494$) (ks. LIITETAULUKKO 9). Vastaajista kolme prosenttia ($n = 33$) käytti työskentelypaikkakunnalla paikallisesti kehitettyä toimintakykykartoitusta. Lisäksi yhteensä neljä prosenttia vastaajista ($n = 36$) mainitsi Barthel-indeksin, FIM-mittarin, ICF-luokittelun tai muun arviointimenetelmän.

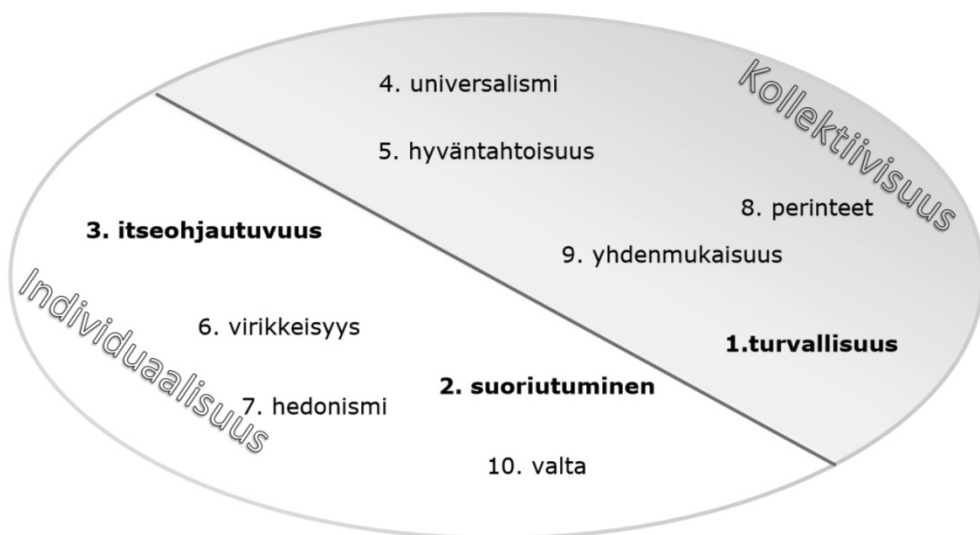
Vastaajien elämää ohjaavat arvot

Schwartzin arvoteorian (Puohiniemi, 2002; Schwartz & Boehnke, 2004) mukaan mitatuista arvoista tärkeimmäksi arvoksi nousi naisilla turvallisuus, jonka oli valinnut viidennes ($n = 555$) naisvastaajista (ks. Kuvio 17).



Kuvio 17. Arvojen tärkeysjärjestys sukupuolittain.

Toiseksi tärkein arvo naisilla oli suoriutuminen ($n = 450$), ja kolmantena oli itseohjautuvuus ($n = 393$). Miehillä kolme tärkeintä arvoa järjestyksessä tärkeimmästä vähiten tärkeään olivat itseohjautuvuus ($n = 20$), turvallisuus ($n = 15$) ja suoriutuminen ($n = 13$).



Kuvio 18. Arvot tärkeysjärjestyksessä arvokehällä.

Vastaajien valitsemista kolmesta arvosta tärkein, turvallisuus, sijoittui arvonnekseen kollektiiviselle puolelle. Toiseksi ja kolmanneksi tärkeimmät arvot, suoriu-

tuminen ja itseohjautuvuus, sijoittuvat arvokehän individualistiselle puolelle (ks. Kuvio 18).

Ikäihmisten avuntarpeen arvioimiseksi tarvittavat tiedot

Vastaajista 75 prosenttia (n = 746) oli sitä mieltä, että toimintakyvyn eri osa-alueita (fyysinen, psyykkinen sosiaalinen ja kognitiivinen osa-alue) arvioidaan tasapuolisesti käytössä olevalla arviointimenetelmällä (ks. Taulukko 17). Tasapuolisuus toteutui parhaiten RAI-arviointijärjestelmän käyttäjien mielestä, joista 80 prosenttia oli samaa mieltä kysyttäessä, arvioidaanko kaikkia osa-alueita tasapuolisesti. (n = 40). Huonoiten (samaa mieltä = 70% vastaajista) tasapuolisuus puolestaan toteutui sellaisten vastaajien mielestä, joiden työskentelykaupungissa käytettiin omaa toimintakykykartoitusta (n = 23) tai muita arviointimenetelmiä (n = 26). Ero menetelmien välillä oli merkitsevä (X^2 , $p = 0,031$).

Taulukko 17. Toimintakyvyn eri osa-alueiden arvioinnin tasapuolisuus arviointimenetelmin.

Kaikkia osa-alueita arvioidaan tasapuolisesti*	Samaa mieltä		Ei samaa eikä eri mieltä		Eri mieltä		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mittari								
RAI-arviointijärjestelmä	340	80	17	4	68	16	425	100
RAVA-mittari	357	72	29	6	113	23	499	100
kaupungin oma toimintakykykartoitus	23	70	3	9	7	21	33	100
Muu arviointimenetelmä	26	70	0	0	11	30	37	100
Yhteensä	746	75	49	5	199	20	994	100

Tapauksissa, joissa toimintakyvyn eri osa-alueita ei käyttäjien mielestä arvioitu tasapuolisesti, fyysinen osa-alue painottui eniten. Näin arvioi 81 prosenttia vastaajista (n = 574). Vastaajia pyydettiin nimeämään osa-alueet, joita arvioidaan vähiten, mikäli arviointi ei kohdistu kaikille osa-alueille. Suurin osa (45 %, n = 209) koki, että sosiaalinen toimintakyky jäi useimmiten arvioimatta. Kognitiivinen osa-alue jäi arvioimatta joka neljännen mukaan (n = 123), samoin psyykkinen osa-alue (n = 123). Näissä kahdessa muuttujassa ei Fisherin tarkan testin mukaan ollut tilastollisesti merkitsevää eroa eri toimintakyvyn arviointimenetelmien välillä.

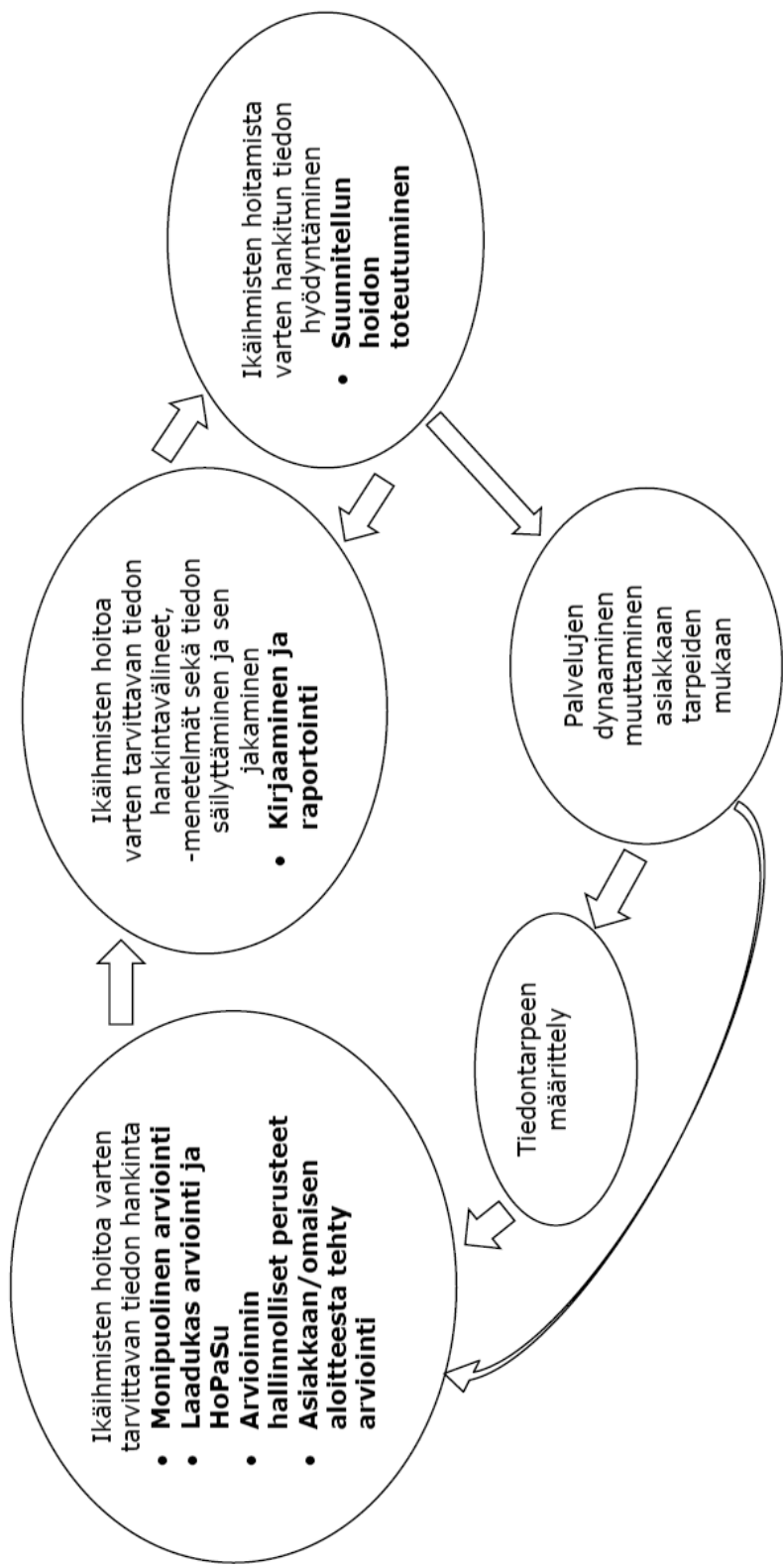
Summamuuttujat, niiden keskiarvot ja keskinäiset korrelaatiot

Summamuuttujat kuvaavat Choon (1998, 2001) tiedonhallinnan prosessimallin mukaan jaoteltuna seuraavia asioita (ks. Kuvio 19): **Tiedon hankintaa** kuvaavia summamuuttujia ovat summamuuttujat *Monipuolinen arviointi* (SumBC), *Laadukas arviointi ja HoPaSu* (SumD), *Arvioinnin hallinnolliset perusteet* (SumE1) ja *Asiakkaan/omaisen aloitteesta tehty arviointi* (SumE2). Laadullisen aineiston analyysin perusteella muodostettua pääluokkaa **Ikäihmisten hoitoa varten tarvittavan**

tiedon hankintavälineet, menetelmät ja tiedon säilyttäminen ja sen jakaminen kuvasi summamuuttuja *Kirjaaminen ja raportointi* (SumF). Summamuuttuja *Suunnitellun hoidon toteutuminen* (SumG) kuvaa pääluokkaa **Ikäihmisten hoitamista varten hankitun tiedon hyödyntäminen**.

Tiedontarpeen määrittelyvaiheesta ja toiminnan sopeuttamisvaiheesta (Kuviossa 19 nimellä Palvelujen dynaaminen muuttaminen asiakkaan tarpeiden mukaan) ei saatu muodostettua summamuuttujia kyselyaineiston sisällöstä ja keruutavasta johtuen.

Tässä tutkimuksessa summamuuttujien arvoja tulkitaan siten, että mitä korkeampi arvo muuttujalla on asteikolla 1–5, sen parempi tulos on ilmiön kannalta. Arvo 3 on neutraali tulos: alle sen olevat keskiarvot tarkoittavat, että mitattu asia toteutuu ilmiön kannalta huonosti. Välillä 3,1–4 oleva arvo tarkoittaa, että ilmiö toteutuu tyydyttävällä tasolla, ja välillä 4,1–5 oleva arvo kertoo ilmiön toteutumistason olevan hyvä.



Kuvio 19. Summamuuuttajat mukaillen Choon (1998) tiedonhallinnan mallia.

Summamuuttujista *Monipuolinen arviointi* toteutui hyvällä tasolla (ka. = 4,3) (ks. Taulukko 18). *Kirjaaminen ja raportointi* (ka. 3,6) sekä *Laadukas arviointi ja HoPaSu* (ka. = 3,4) toteutuivat tyydyttävällä tasolla, kun taas loput summamuuttujien kuvaamat ilmiöt (*Asiakkaan/omaisen aloitteesta tehty arviointi*, *Arvioinnin hallinnolliset perusteet* sekä *Suunnitellun hoidon toteutuminen*) huonosti (ka. 2,8–2,5).

Taulukko 18. Summamuuttujien keskiarvot.

Summamuuttuja	k.a.	sd	min.	maks.	n
<i>Monipuolinen arviointi</i> (BC)	4,3	0,517	1,6	5	932
<i>Kirjaaminen ja raportointi</i> (F)	3,6	0,701	1	5	835
<i>Laadukas arviointi ja HoPaSu</i> (D)	3,4	0,586	1,8	4,9	894
<i>Asiakkaan/omaisen aloitteesta tehty arviointi</i> (E2)	2,8	1,282	1	5	945
<i>Arvioinnin hallinnolliset perusteet</i> (E1)	2,7	1,047	1	5	922
<i>Suunnitellun hoidon toteutuminen</i> (G)	2,5	0,954	1	5	898

Summamuuttujat korreloivat toistensa kanssa heikosti ($\rho \leq |,345|$) tai eivät laisinkaan (ks. Taulukko 19).

Taulukko 19. Summamuuttujien keskinäinen korrelaatio.

		<i>Moni- puolinen arviointi (BC)</i>	<i>Laadukas arviointi ja HoPaSu (D)</i>	<i>Arvioinnin hallinnolli- set perus- teet (E1)</i>	<i>Asiakkaan/ omaisen aloitteesta tehty arviointi (E2)</i>	<i>Kirjaami- nen ja raportointi (F)</i>
<i>Laadukas arviointi ja HoPaSu</i> (D)	rho	,266**				
	n	840				
<i>Arvioinnin hallinnolli- set perusteet</i> (E1)	rho	0,030	,176**			
	n	870	840			
<i>Asiakkaan/omaisen aloitteesta tehty arviointi</i> (E2)	rho	,255**	0,045	-,194**		
	n	888	859	909		
<i>Kirjaaminen ja raportointi</i> (F)	rho	,093**	,302**	,187**	-,038	
	n	798	771	795	807	
<i>Suunnitellun hoidon toteutuminen</i> (G)	rho	,080*	,345**	,123**	-,048	,211**
	n	847	825	848	865	784

Korkein positiivinen korrelaatio oli summamuuttujien *Laadukas arviointi ja HoPaSu* (D) sekä *Suunnitellun hoidon toteutuminen* (G) välillä ($\rho = ,345^{**}$, $n = 825$). Negatiivinen korrelaatio löytyi summamuuttujien *Arvioinnin hallinnolliset perusteet* (E1) ja *Asiakkaan/omaisen aloitteesta tehty arviointi* (E2) ($\rho = -,194^{**}$, $n = 909$) väliltä. Summamuuttujien *Monipuolinen arviointi* (BC) ja *Arvioinnin hallinnolliset perusteet* (E1) välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää korrelaatiota ($\rho = ,030$, n

= 870). Mikäli summamuuttujat eivät korreloineet keskenään, ei niitä otettu mukaan varianssianalyysiin. Varianssianalyysien tulokset raportoidaan kunkin tiedonhallinnan vaiheen kohdalla.

Ikäihmisten hoitoa varten tarvittavan tiedon hankinta

Kysyttäessä asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien ajantasaisuutta, vastaa- jista keskimäärin 86 prosenttia (n = 768) oli samaa mieltä siitä, etteivät kaikkien asiakkaiden HoPaSut olleet ajan tasalla. Erityyppisten hoitopaikkojen välillä tilanne vaihteli hieman, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Laitos- hoidossa työskentelevistä 82 prosenttia (n = 59) koki, etteivät HoPaSut ole ajan- tasaisia, kun taas ei-ympärivuorokautisessa hoidossa olevien asiakkaiden hoita- jista 88 prosenttia (n = 377) koki, etteivät kaikkien asiakkaiden HoPaSut olleet ajantasaisia. Ajantasaisuuden kokemuksessa ei myöskään ollut tilastollisesti merkitsevää eroa eri ammattiryhmien, ikäluokkien tai eri toimintakyvyn arvi- ointimenetelmien käyttäjien välillä.

Kaikista vastaajista 42 prosenttia (n = 415) vastasi, että arviointi tehdään en- nen HoPaSua (ks. Taulukko 20). Vastaajista 37 prosenttia (n = 363) totesi, että HoPaSu tehdään ennen arviointia. Eri arviointimenetelmien käyttäjien välillä järjestyksessä oli merkitsevä ero (X^2 , $p = 0,012$) siten, että RAI-järjestelmän käyt- täjistä puolet (n = 205) kertoi tekevänsä toimintakyvyn arvioinnin ensin, kun taas RAVA-mittarin käyttäjistä joka kolmas (n = 178) teki ensin arvioinnin.

Taulukko 20. Arvioinnin ja HoPaSun ajallinen järjestys arviointimenetelmittäin.

Mikä tehdään asiak- kaalle ensin **	arviointi		HoPaSu		yhtä aikaa		en osaa sanoa		yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mittari										
RAI-arviointijärjestelmä	205	49	143	34	52	12	23	5	423	100
RAVA-mittari	178	36	200	41	81	16	31	6	490	100
Muu arviointimenetelmä /kaupungin oma toimin- takykykartoitus	32	46	20	29	13	19	4	6	69	100
Yhteensä	415	42	363	37	146	15	58	6	982	100

Puolet (n = 491) henkilökunnasta koki, että on saanut tarpeeksi arviointimene- telmän käyttöön ja osaa arvioida toimintakyvyn luotettavasti (ks. LIITETAU- LUKKO 11). Lähes kolmannes (n = 283) koki, että arviointiosaamisessa olisi pa- rantamisen varaa. Viidennes (n = 212) vastasi, ettei ollut saanut koulutusta mit- tarin käyttöön. Osaamiskokemuksessa eri arviointimenetelmien käyttäjien välil- lä oli merkitsevä ero (X^2 , $p = < 0,01$). Parhaiten apuvälineen tunsivat hallitsevan- sa RAVA-mittarin käyttäjät (57%, n = 284). Eniten parantamisen varaa osaami- sessaan kokivat RAI-arviointijärjestelmän käyttäjät (45% n = 191).

Puolet vastaajista (n = 482) vastasi, että asiakkaan toimintakyvyn arvioinnin teki yleensä asiakkaalle nimetty vastuuhoitaja (ks. LIITETAULUKKO 12). Lähes puolet (n = 439) kertoi, että tiimi tai työpari vastasi arviointien teosta. Eri arviointimenetelmissä pääasiallinen tekijä vaihteli (X^2 , $p < 0,01$). Vastuuhoidajuus korostui RAI- arviointimenetelmän käyttäjillä (63 %, n = 266), kun taas tiimin osuus korostui RAVA-mittarin käyttäjien vastauksissa (54 %, n = 268).

Mikäli asiakkaan voinnissa oli tapahtunut muutoksia, vointia yleensä tarkkailtiin noin neljä viikkoa ennen uuden arvioinnin tekoa ja HoPaSun päivittämistä (ks. LIITETAULUKKO 13). Jos voinnissa ei ollut tapahtunut muutoksia, arviointien aikaväli RAI-arviointijärjestelmän ja RAVA-mittarin käyttäjien keskuudessa oli kuusi kuukautta, samoin HoPaSun päivittämisen aikaväli. Muun arviointimenetelmän tai kaupungin oman toimintakykykartoituksen uusinta-aika oli keskimäärin seitsemän kuukautta ($p = 0,006$), samoin HoPaSun päivitysväli ($p = 0,03$), mikäli asiakkaan voinnissa ei ollut tapahtunut muutoksia.

Summamuuttujista *Monipuolinen arviointi* (BC), *Laadukas arviointi ja HoPaSu* (D), *Arvioinnin hallinnolliset perusteet* (E1) ja *Asiakkaan/omaisen aloitteesta tehty arviointi* (E2) kuvaavat kohtaa Ikäihmisten avuntarpeen arvioimiseksi tarvittavien tietojen hankinta.

Summamuuttujan *Monipuolinen arviointi* (BC) keskiarvon vaihtelun selittäviksi tekijöiksi (ks. Taulukko 21) nousivat taustamuuttujista seuraavat: arviointimenetelmän³² käyttöön saatu koulutus, ammattiryhmä ja työyksikkö. Kovariaatteina toimivat *Laadukas arviointi ja HoPaSu* (3,37) sekä *Asiakkaan/omaisen aloitteesta tehty arviointi* (2,83). Kovariaattien vakioinnin jälkeen voimakkaimman selittävä muuttujajyhdistelmän muodostivat vastaajien käsitys siitä, kuinka hyvin toimintakyky ohjaa hoivaa sekä mittarikoulutus. Jos vastaajat olivat sitä mieltä, että toimintakyky ohjaa hoivaa ja he kokivat osaavansa arvioida toimintakykyä luotettavasti, monipuolinen arviointi toteutui hyvällä tasolla. Mikäli vastaaja koki, ettei toimintakyky ohjaa hoivaa, summamuuttuja *Monipuolisen arvioinnin toteutuminen* jäi huonoksi riippumatta siitä, kuinka hyvin tai huonosti vastaaja koki osaavansa arvioida toimintakykyä.

³² Taulukoissa käytetään arviointimenetelmästä termiä mittari, koska muuttuja nimettiin aluperin siten.

Taulukko 21. Monipuolisen arvioinnin kaksisuuntainen varianssianalyysi.

Muuttuja	df	F	p
<i>Laadukas arviointi ja HoPaSu (D)</i> , kovariaatti	1	24,168	,000
<i>Asiakkaan/omaisen aloitteesta tehty arviointi (E2)</i> , kovariaatti	1	29,272	,000
Toimintakyky ohjaa hoivaa/hoitoa G62	2	8,392	,000
Mittarikoulutus # Toimintakyky ohjaa hoivaa/hoitoa G62	4	5,081	,000
Mittarikoulutus	2	5,635	,004
Toimintakyky ohjaa hoivaa/hoitoa G62 # HoPaSu on työväline G67	3	4,344	,005
Luen asiakkaan hoitokertomuksen F54 # Yksilöllisen hoidon toteuttaminen riippuu hoitajasta RG71	4	3,676	,006
Mittarikoulutus # Kollektiivisuus	2	5,032	,007
HoPaSu on työväline G67# Työyksikkö	6	2,822	,010
Ammattiryhmä	4	3,200	,013
Kirjaan HoPaSun toteutumisen jokaisessa työvuorossa F50 # Kollektiivisuus	2	4,282	,014
Kollektiivisuus	1	5,577	,018
Kirjaan HoPaSun toteutumisen jokaisessa työvuorossa F50 # Toimintakykyarvioinneilla ei ole merkitystä RG63	4	2,668	,031
Työyksikkö	3	2,175	,090
Yksilöllisen hoidon toteuttaminen riippuu hoitajasta RG71	2	2,318	,099
Luen asiakkaan hoitokertomuksen F54	2	1,406	,246
Kirjaan HoPaSun toteutumisen jokaisessa työvuorossa F50	2	1,388	,250
HoPaSu on työväline G67	2	1,102	,333
Arviointi tehdään, kun toimintakyvyssä on tapahtunut muutoksia E46	2	,858	,425
Toimintakykyarvioinneilla ei ole merkitystä RG63	2	,675	,509

Mallin selitysosuus 33 prosenttia, n = 732

Merkki “#” muuttujien välissä tarkoittaa kahden muuttujan yhteisvaikutusta.

Summamuuttujan *Laadukas arviointi ja HoPaSu* keskiarvon vaihtelua selitti voimakkaimmin muuttujapari Työyksikkö # Toimintakykyarvioinneilla ei ole merkitystä RG63 (ks. Taulukko 22). Kun kovariaatit *Suunnitellun hoidon toteuttaminen* (2,49) sekä *Kirjaaminen ja raportointi* (3,35) oli vakioitu, parhaiten summamuuttuja *Laadukas arviointi ja HoPaSu* toteutui niiden laitoshoidossa työskentelevien hoitajien mielestä, jotka kokivat HoPaSuilla olevan merkitystä päivittäisessä työssä. Huonoiten summamuuttuja *Laadukas arviointi ja HoPaSu* toteutui sellaisten vastaajien mielestä, jotka työskentelivät ei-ympäri vuorokautisissa yksiköissä ja jotka kokivat, ettei HoPaSuilla ole merkitystä.

Myös arvoilla oli merkitystä tämän summamuuttujan toteutumisen kokeemukseen. Vastaajat, joiden elämää ohjasivat kollektiiviset arvot ja he, jotka tekivät työtä pääasiassa muuhun kuin havainnointiin perustuen, kokivat summamuuttujan *Laadukas arviointi ja HoPaSu* toteutuvan parhaiten. Jos vastaaja luettiin arvoiltaan kollektiivisten hoitajien joukkoon, mutta hän teki työtä pääasiassa

havainnointiin perustuen, summamuuttuja *Laadukas arviointi ja HoPaSu* toteutui heikommin.

Taulukko 22. Summamuuttujan *Laadukas arviointi ja HoPaSu* kaksisuuntainen varianssianalyysi.

Muuttuja	df	F	p
<i>Suunnitellun hoidon toteutuminen (G)</i> , kovariaatti	1	41,543	,000
<i>Kirjaaminen ja raportointi (F)</i> , kovariaatti	1	7,849	,005
Työyksikkö # Toimintakykyarvioinneilla ei ole merkitystä RG63	6	4,602	,000
Yksilöllisen hoidon toteuttaminen riippuu hoitajasta RG71	2	6,887	,001
Työyksikkö	3	5,964	,001
Toimintakyky ohjaa hoivaa/hoidoa G62 # Arviointi tehdään, kun toimintakyvyssä on tapahtunut muutoksia E46	4	4,297	,002
Arviointi tehdään, kun toimintakyvyssä on tapahtunut muutoksia E46	2	6,009	,003
Toteutan työni asiakkaan luona vain havainnointini perusteella RG66	2	6,000	,003
Käyntiajat asiakkaan luona ovat liian lyhyitä toimintakyvyn tukemiseen RG73	2	5,200	,006
Kollektiivisuus # Toteutan työni asiakkaan luona vain havainnointini perusteella RG66	2	5,220	,006
Luen asiakkaan hoitokertomuksen F54 # Toteutan työni asiakkaan luona vain havainnointini perusteella RG66	4	2,969	,019
Toimintakykyarvioinneilla ei ole merkitystä RG63	2	2,686	,069
Luen asiakkaan hoitokertomuksen F54	2	1,018	,362
Toimintakyky ohjaa hoivaa/hoidoa G62	2	,616	,540
Kollektiivisuus	1	,117	,732

Mallin selitysosuus 35 prosenttia, n = 679

Summamuuttujan *Arvioinnin hallinnolliset perusteet (E1)* kovariaatteina toimivat summamuuttujat *Asiakkaan/omaisen aloitteesta tehty arviointi (2,86)* sekä *Kirjaaminen ja raportointi (3,55)* (ks. Taulukko 23). Tämän summamuuttujan keskiarvoa selitti voimakkaimmin arvioinnissa käytetty arviointimenetelmä (ks. Taulukko 23). RAVA- mittarin käyttäjien mielestä hallinnolliset perusteet vaikuttivat arvioinnin toteuttamiseen vähemmän kuin RAI- arviointijärjestelmän käyttäjien mielestä. Kaupungin omaa toimintakykykartoitusta käyttävät ja muiden arviointimenetelmien käyttäjäryhmät sijoittuivat keskiarvoltaan RAVA- mittarin ja RAI- arviointijärjestelmän käyttäjien välille. Mikäli vastaaja koki, että arvioinneilla ei ole merkitystä hoitoon, hallinnollisia perusteita arvioitiin olevan enemmän.

Taulukko 23. Arvioinnin hallinnollisten perusteiden kaksisuuntainen varianssianalyysi.

Muuttuja	df	F	p
Asiakkaan/omaisen aloitteesta (E2), kovariaatti	1	52,926	,000
Kirjaaminen ja raportointi (F), kovariaatti	1	20,731	,000
Mittari	3	15,560	,000
Arviointi tehdään, kun toimintakyvyssä on tapahtunut muutoksia E46	2	7,297	,001
Käyntiajat asiakkaan luona ovat liian lyhyitä toimintakyvyn tukemiseen RG73	2	6,025	,003
Toimintakykyarvioinneilla ei ole merkitystä RG63	2	5,424	,005
Ikäluokka	2	5,034	,007

Mallin selitysosuus 19 %, n=767

Summamuuttujan E2, *Asiakkaan/omaisen aloitteesta tehty arviointi*, kovariaateiksi vakioitiin *Arvioinnin hallinnolliset perusteet* (2,73) sekä *Monipuolinen arviointi* (4,3). Keskiarvon vaihtelua selitti voimakkaimmin vastaajan työyksikkö (ks. Taulukko 24). Parhaiten summamuuttuja *Asiakkaan tai omaisen aloitteesta tehty arviointi* toteutui asiakkaiden ohjausyksikössä työskennelleiden mielestä. Seuraavaksi parhaiten arviointi toteutui ei-ympärivuorokautisessa yksikössä työskennelleiden mielestä. Huonoiten arviointi toteutui sellaisten vastaajien mielestä, jotka työskentelivät tehostetun palveluasumisen yksikössä.

Taulukko 24. Asiakkaan/omaisen aloitteesta tehtyjen arviointien kaksisuuntainen varianssianalyysi.

Muuttuja	df	F	p
Arvioinnin hallinnolliset perusteet (E1), kovariaatti	1	50,133	,000
Monipuolinen arviointi (BC), kovariaatti	1	39,178	,000
Työyksikkö	3	9,185	,000
Luen asiakkaan hoitokertomuksen F54	2	6,755	,001
Arviointi tehdään kun toimintakyvyssä on tapahtunut muutoksia E46	2	3,612	,027

Mallin selitysosuus 16 prosenttia, n=824

Tiedon hankintaan liittyvässä avoimessa kysymyksessä (muuttuja E47) vastaajia pyydettiin nimeämään muita kuin muuttujissa E40–46³³ mainittuja syitä, miksi arviointi tehdään. Avoimia vastauksia saatiin 205 vastaajalta. Vastaukset luokiteltiin kolmeen luokkaan, joita olivat ulkopuolinen syy arvioinnin tekoon (vastaa summamuuttujaa E1), asiakkaan hoidon suunnittelu (vastaa muuttujaa

³³ Muuttujissa E40–46 mainitut syyt olivat: hallinto tarvitsee tietoja, esimies määrää, omainen tai asiakas pyytää arviointia, ohjelma ilmoittaa uuden arvioinnin tarpeesta, kanslian seinällä on lista tarvittavista arvioitavista asiakkaista sekä asiakkaan toimintakyvyssä on tapahtunut muutoksia.

RG63) ja sellaiset vastaukset, joissa vastaajat kertoivat oman yksikön toiminnasta koskien toimintakykyarviointeja. Jos vastauksessa oli enemmän kuin yhteen luokkaan kuuluvia syitä, ensisijainen luokka oli hoidon suunnittelu, sen jälkeen ulkopuolinen arvioinnin syy. Hoidon suunnittelun nimesi 66 prosenttia vastaajista (n = 136), kun taas ulkopuolisen syyn 25 prosenttia (n = 52). Loput kahdeksan prosenttia vastauksista (n = 17) oli vastaajan oman toiminnan kuvausta. Vaikka avoimissa vastauksissa hoidon suunnittelun nimesi kaksi kolmasosaa vastanneista, toimintakykyarviointi tehtiin kuitenkin lähes kaikkien vastanneiden mukaan (96 %), kun asiakkaan toimintakyky oli muuttunut (n = 902) (E46).

Ikäihmisten hoitoa varten tarvittavan tiedon hankintavälineet, menetelmät sekä tiedon säilyttäminen ja sen jakaminen

Summamuuttujan *Kirjaaminen ja raportointi* (F) kovariaateiksi todentuivat *Laadukas arviointi ja HoPaSu* (3,35), *Arvioinnin hallinnolliset perusteet* (2,68) sekä *Suunnitellun hoidon toteutuminen* (2,47). Voimakkaimmaksi selittäväksi muuttujaksi nousi varianssianalyysin perusteella (ks. Taulukko 25) muuttuja Toteutan työni asiakkaan luona vain havainnointiini perusteella (RG66). Parhaiten summamuuttuja *Kirjaaminen ja raportointi* toteutui niiden vastaajien mielestä, jotka eivät toteuttaneet työtään vain havainnointiin perustuen. Myös vastaajan kokemus asiakkaan hoitamiseen käytetyn ajan riittävydestä vaikutti summamuuttujaan. Jos vastaaja koki ajan riittämättömäksi, summamuuttuja *Kirjaaminen ja raportointi* toteutui heikommalla tasolla kuin sellaisten vastaajien mielestä, jotka eivät kokeneet hoitamiseen käytettyä aikaa liian lyhyeksi.

Taulukko 25. Kirjaamisen ja raportoinnin kaksisuuntainen varianssianalyysi.

Muuttuja	df	F	p
<i>Laadukas arviointi ja HoPaSu</i> (D), kovariaatti	1	9,753	,002
<i>Arvioinnin hallinnolliset perusteet</i> (E1), kovariaatti	1	6,989	,008
<i>Suunnitellun hoidon toteutuminen</i> (G), kovariaatti	1	7,086	,008
Toteutan työni asiakkaan luona vain havainnointiini perusteella RG66	2	14,477	,000
Käyntiajat asiakkaan luona ovat liian lyhyitä toimintakyvyn tukemiseen RG73	2	7,808	,000
Toimintakykyarvioinneilla ei ole merkitystä RG63	2	7,086	,001
Toimintakyky ohjaa hoivaa/hoitoa G62	2	3,803	,023

Mallin selitysosuus 22 prosenttia, n=680

HoPaSun toteutumisen kirjasi jokaisessa työvuorossa hieman yli puolet (n = 462) vastaajista (F50). Puolet vastaajista (n = 151), jotka kokivat hyväntahtoisuuden ("Haluan lisätä lähipiirini hyvinvointia ja huolehdin heistä") ohjaavan omaa elämäänsä, teki päivittäisiä kirjauksia. Sellaisista vastaajista, jotka eivät olleet

valinneet arvoa hyväntahtoisuus, kirjauksia teki 56 prosenttia (n = 311, p = 0,042).

Ikäihmisten hoitamista varten hankitun tiedon hyödyntäminen

Ikäihmisten hoitamista varten hankitun tiedon hyödyntämistä mitattiin kyselylomakkeen osiossa G. Summamuuttuja *Suunnitellun hoidon toteutuminen* (G) mittasi, kuinka hyvin hoito toteutui vastaajien mielestä. Kovariaattien *Laadukas arviointi ja HoPaSu* (3,35) sekä *Kirjaaminen ja raportointi* (3,56) vakioinnin jälkeen voimakkain vaikutus tähän summamuuttujaan oli varianssianalyysin tulosten (ks. Taulukko 26) perusteella muuttujalla Yksilöllisen hoidon toteuttaminen riippuu hoitajasta (RG71). Vastaajat, joiden mielestä yksilöllisen hoidon toteutuminen ei ole hoitajakohtaista, kokivat, että asiakkaan hoito toteutui paremmin suunnitellusti.

Taulukko 26. Suunnitellun hoidon toteutumisen kaksisuuntainen varianssianalyysi.

Muuttuja	df	F	p
<i>Laadukas arviointi ja HoPaSu</i> (D), kovariaatti	1	55,996	,000
<i>Kirjaaminen ja raportointi</i> (F), kovariaatti	1	10,424	,001
Yksilöllisen hoidon toteuttaminen riippuu hoitajasta RG71	2	18,012	,000
HoPaSu on työväline G67	2	7,326	,001
Toteutan työni asiakkaan luona vain havainnointiini perusteella RG66			
# Kollektiivisuus	2	4,223	,015
Toteutan työni asiakkaan luona vain havainnointiini perusteella RG66	2	1,622	,198
Kollektiivisuus	1	,528	,468

Mallin selitysosuus 21 prosenttia, n=703

Suunnitellun hoidon toteutumiseen vaikutti myös vastaajien arvovalinnat (kollektiivisuus) yhdessä pääasiassa havainnointiperusteisen työtavan kanssa. Koska yhdistelmän tulkinta osoittautui haasteelliseksi, testattiin hoidon toteutumiseen liittyviä yksittäisiä muuttujia myös Schwartzin arvoteorian kymmenen yksittäisen arvon avulla.

Vastaajista 79 prosenttia (n = 685) koki, että toimintakykyarvioinneilla oli merkitystä päivittäisen hoidon suunnittelussa. Vastaajista, jotka olivat valinneet elämää ohjaavista arvoista hedonismien ("Haluan nauttia elämästä ja hemmotella itseäni") 70 prosenttia (n = 113) koki toimintakykyarvioinnin merkityksekkääksi päivittäisen hoidon suunnittelussa. Vastaajista, jotka eivät valinneet hedonismia, 82 prosenttia koki puolestaan toimintakykyarvioinnin merkityksellisemmäksi (n = 572, p = 0,001).

Myös universalismia kuvaavan arvon ("Haluan huolehtia muistakin kuin lähipiirini ihmisistä ja lisätä heidän hyvinvointiaan") valinneista toimintakykyar-

voinnin koki merkitykselliseksi 83 prosenttia (n = 302). Niistä vastaajista, jotka eivät kokeneet universalismia omaa elää ohjaavaksi arvoksi, 76 prosenttia (n = 383) koki toimintakykyarvioinnin vähemmän merkitykselliseksi (p = 0,008).

Mekaanista työlistaa käyttävistä henkilöistä 81 prosenttia (n = 404) ei kokenut itseohjautuvuutta omaa elämää ohjaavaksi arvoksi. Vastaajat, jotka kokivat olevansa itseohjautuvia, 87 prosenttia hyödynsi mekaanista työlistaa enemmän (n = 314, p = 0,045). Hyväntahtoisuutta ("Haluan lisätä lähipiirini hyvinvointia ja huolehdin heistä") kuvaavan arvon valinneista vastaajista 78 prosenttia (n = 241) käytti työlistaa. Vastanneista, jotka eivät valinneet kyseistä arvoa, 85 prosenttia (n = 477) käytti mekaanista työlistaa (p = 0,005).

Suurin osa (84 %, n = 723) vastaajista oli sitä mieltä, että asiakkaan yksilöllinen hoidon toteutuminen on hoitajakohtaista. Arvovalinnoilla ei ollut merkitsevää eroa vastauksissa.

Palvelujen dynaaminen muuttaminen asiakkaan tarpeiden mukaan

Vastaajilta kysyttiin avoimilla kysymyksillä, millaisia muutoksia asiakkaan voinnissa pitää tapahtua, jotta uusi arviointi tehdään (muuttuja G74) tai HoPaSu päivitetään (G75).

Arvioinnin syitä (G74) koskevia hyväksytyjä vastauksia oli 694, joista hie-
man alle puolessa (n = 323) kuvattiin syiksi vain asiakkaan voinnin huononemi-
nen. Negatiiviseksi luokiteltiin esimerkiksi seuraava vastaus:

Halvausoireita-sekavuus, harhaisuus-ruokahaluttomuus.

Neutraaleja vastauksia, joissa mainittiin sana muutos, mutta ei muutoksen suun-
taa oli hieman alle puolet (n = 327). Neutraaliksi vastaukseksi tutkija tulkit-
si esimerkiksi seuraavanlaiset ilmaisut:

liikkumisessa muutos – muistissa muutos – mielenterveydessä muutos.

Vastauksista kuusi prosenttia (n = 44) sisälsi tiedon, että asiakkaan vointi voi
myös parantua. Esimerkkinä positiivisesta suunnasta on vastaus:

Liikkuminen huononee/paranee. – Syöminen/juominen huononee/paranee. – Hy-
gienian hoito paranee/huononee.

HoPaSun päivittämisen syitä koskevaan kysymyksen (G75) saatiin 579 hyväk-
syttyä vastausta vastauksia. Vastauksista kolmannes (n = 205) oli negatiivisia,
joissa kuvattiin ainoastaan asiakkaan voinnin huononemista. Tästä esimerkkinä
toimii seuraava vastaus:

Päivittäisten toimintojen tekeminen reilusti huonontunut. Avun tarve lisääntynyt.
Yleisvointi laskenut.

Neutraaleja vastauksia oli yli puolet (n = 299):

Liikkuminen, syöinti, yleiskunto.

Asiakkaan voinnin parantuminen oli mainittu noin joka kymmenennessä (n = 68) vastauksessa. Vastaajista seitsemän oli maininnut ainoastaan yleisvoinnin huonontumisen HoPaSun päivittämisen syyksi.

Näiden kahden avoimen kysymyksen vastausten perusteella voidaan sanoa, että vastaajien mielestä pääasiallisena syynä uusien arviointien tekemiseen ja HoPaSujen päivittämiseen oli asiakkaan voinnin huononeminen. Voinnin paraneminen oli mainittu syyksi harvoin.

5.2.1 Yhteenveto kyselyn tuloksista

Tässä tutkimuksessa taustatiedot kuvaavat enemmän tutkimukseen osallistuneita kuin esimerkiksi sitä, mitä toimintakyvyn arviointimenetelmää Suomessa käytetään eniten. Myös se, kuinka työntekijät ovat jakautuneet julkisen ja yksityisen sektorin välille, viittaa tässä tutkimuksessa puhtaasti siihen, kuinka paljon kyselyyn vastaajia kummaltakin sektorilta oli. Jakaumalla ei siis viitata siihen, minkä osuuden palveluista kukin sektori tuottaa. Yhteenveto tuloksista esitetään Taulukossa 27.

Toimintakyky nähdään usein nimenomaan fyysisinä toimintoina, esimerkiksi liikkumisena, syömisenä ja pukeutumisena. Suurin osa vastaajista koki, että toimintakyvyn eri osa-alueita arvioidaan tasapuolisesti. Jos jokin toimintakyvyn osa-alueista korostui arvioinnin tehdessä, se oli fyysinen osa-alue.

Asiakkaan toimintakyvyn monipuolinen arviointi toteutui hyvällä tasolla. Siihen, kuinka monipuolisesti toimintakykyä arvioitiin, vaikuttivat vastaajien käsitykset siitä, kuinka paljon arvioinneilla on merkitystä hoivaan sekä heidän käsityksensä omasta arviointiosaamisesta. Mikäli vastaaja koki osaavansa tehdä arvioinnin ja ajatteli asiakkaan toimintakyvyn ohjaavan hoivaa, muuttujan *Monipuolisen arvioinnin toteutuminen* keskiarvo nousi. Mikäli vastaaja puolestaan koki, ettei asiakkaan toimintakyky ohjaa hoivaa, monipuolinen arviointi toteutui huonosti.

Suomessa toimintakyvyn arviointiin käytetään pääasiassa kahta toimintakyvyn arviointimenetelmää, RAI-arviointivälinettä ja RAVA-mittaria. Se, mitä arviointimenetelmää käytettiin, vaikutti siihen, kuinka voimakkaaksi vastaajat kokivat hallinnollisten syiden vaikuttavan arviointien tekemisen tarpeeseen. Siihen, kuinka hyvin asiakkaan tai omaisen aloitteesta tehty arviointi toteutui, vaikutti vastaajan työyksikkö. Parhaiten asiakkaan tai omaisen aloitteesta tehty arviointi toteutui asiakkaiden ohjaus- tai muussa työyksikössä työskentelevien mielestä.

Suuri enemmistö vastaajista kertoi, etteivät kaikkien asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat olleet ajantasaisia. Laadukkaaseen toimintakyvyn arviointiin ja HoPaSujen ajantasaisuuteen vaikuttivat voimakkaimmin vastaajien työ-

yksikkötyyppi ja se, että dokumenttien kirjaaminen koettiin merkitykselliseksi. Myös hoitajien arvoilla oli vaikutusta. Hoitajat, joiden elämää ohjaava arvot olivat kollektiivisia ja joiden työtä ohjasi jokin muu kuin havainnointiin perustuva työtapo, kokivat että Laadukas arviointi ja HoPaSu toteutuvat hyvällä tasolla.

Reilu kolmannes vastaajista kertoi, että HoPaSu tehdään ennen toimintakyvyn arviointia. Mikäli asiakkaan voinnissa tapahtuu muutoksia, tilannetta tarkkaillaan kuukauden verran ennen uuden arvioinnin tekemistä ja HoPaSun päivittämistä. Mikäli voinnissa ei tapahdu muutoksia, uusi arviointi ja HoPaSun päivitys tehdään kuuden kuukauden välein. Vastaajat kokivat myös, että hallinnolliset tekijät, kuten ikäihmisten hoidon maksajatahon määräys, ohjaavat usein arviointien tekemistä.

Kirjaamisen ja raportoinnin toteutumiseen vaikutti se, kokivatko vastaajat arviointien vaikuttavan hoidon suunnitteluun ja tekivätkö he työtään pääasiassa havainnointiin vai muihin työtapoihin perustuen. Puolet vastaajista koki, ettei heillä ollut aikaa lukea asiakkaan hoitokertomusta ennen hänen hoitamistaan. Suurin osa vastaajista käytti työssään mekaanisia työlistoja. Vastaajien arvovallintojen vaikutus kirjaamiseen ja kirjauksien lukemiseen on ristiriitainen.

Taulukko 27. Yhteenveto kyselyn tuloksista mukaillen Choon (2001) mallia.

Vaihe	Tulokset
Avuntarpeen arvioimiseen tarvittavat tiedot	<p>Toimintakyky ilmiönä</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toimintakyvyn eri osa-alueita arvioidaan yleensä tasapuolisesti. • Jos kaikkia osa-alueita ei arvioida tasapuolisesti, painottuu fyysinen osa-alue.
Tiedonhankinta	<p>HoPaSun laadintaa varten tarvittavan toimintakykyarvioinnin toteuttaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monipuolinen arviointi toteutuu hyvällä tasolla. • Se, kuinka hyvin arvioinnin koettiin toteutuvan, riippui hoitajien käsityksistä siitä, ohjaako arviointi hoivaa ja onko heillä itsellään tarpeeksi osaamista arvioida toimintakykyä. Vastaajat, jotka kokivat olevansa osaavia arvioinnintekijöitä ja jotka ajattelivat asiakkaan toimintakyvyn hoivaa ohjaavaksi tekijäksi, nostivat monipuolisen arvioinnin toteutumisen keskiarvoa. • Mikäli vastaaja koki, ettei toimintakyky ohjaa hoivaa, monipuolisen arvioinnin toteutuminen jäi huonoksi. • Käytetty toimintakyvyn arviointimenetelmä vaikutti siihen, kuinka voimakkaasti vastaajat kokivat hallinnollisten syiden vaikuttavan siihen, miksi arviointeja tehdään. • Sitä, miten hyvin asiakkaan tai omaisen aloitteesta tehty arviointi toteutui, selitti vastaajan työyksikkö: parhaiten arviointi toteutui asiakkaiden ohjaus- tai muissa työyksiköissä. <p>Kerättävän tiedon laatuun liittyvät tekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kaikkien asiakkaiden HoPaSut eivät ole ajantasaisia. • Laadukkaaseen toimintakyvyn arviointiin ja HoPaSujen ajantasaisuuteen vaikuttivat eniten vastaajien työyksikkötyyppi ja se, että vastaajat kokivat dokumenttien kirjaamisen merkitykselliseksi. • Myös kollektiivisuus vastaajien elämää ohjaavana arvona vaikutti arviointien laatuun. <p>Säännöllisesti sovittujen toimintakykyarviointien toteuttaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> • HoPaSu laaditaan usein ennen toimintakyvyn arviointia. • Mikäli asiakkaan voinnissa on tapahtunut muutoksia, tilannetta tarkkaillaan kuukauden verran ennen arvioinnin uusimista ja HoPaSun päivittämistä. • Jos voinnissa ei ole tapahtunut muutoksia, toimintakyvyn arviointi ja HoPaSun päivitys tehdään puolen vuoden välein. • Arviointien tekemistä ohjaavat usein hallinnolliset tekijät.

Taulukko 27 jatkuu

Tiedon hankintavälineet, menetelmät, tiedon säilyttäminen ja sen jakaminen	<p>Luotettavien arviointivälineiden käyttö</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suomessa käytetään pääasiassa kahta toimintakyvyn arviointimenetelmää. <p>Asiakkaasta tuotetun tiedon säilyttäminen ja jakaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kirjaamisen ja raportoinnin toteutumiseen vaikuttaa se, kuinka toimintakykyarviointien nähdään vaikuttavan hoidon suunnitteluun ja se, perustuuiko työ pääosin havainnointiin vai muihin tapoihin. • Puolet vastaajista kertoi, etteivät he ehdi lukea hoitokertomusta ennen hoitamista. • Arvovalintojen vaikutus kirjaamiseen ja kirjauksien lukemiseen on ristiriitainen.
	<p>Toimintakykyarvioinnin ja HoPaSun hyödyntäminen asiakkaan päivittäisessä hoitamisessa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suunnitellun hoidon koettiin toteutuvan paremmin, jos yksilöllisen hoidon toteutus ei ollut hoitajakohtaista. • Toimintakykyarvioinneilla ei ole merkitystä päivittäisen hoidon suunnittelussa. • Universalistit kokivat arvioinnit merkityksellisemmiksi kuin sellaiset vastaajat, joiden arvomaailmaa ei ohjannut universalismi. • Mekaaniset työlistat ovat yleisesti käytössä. • Laaditut HoPaSut toteutuvat huonosti. • Asiakkaan yksilöllisen hoidon toteutuminen on pitkälti hoitajakohtaista.
Palvelujen dynaaminen muutos	<p>Muutos asiakkaan palvelutarpeessa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toimintakyvyn muutoksen ajatellaan usein olevan synonyymi toimintakyvyn huononemiselle. • HoPaSun päivittämisen perusteena on usein asiakkaan toimintakyvyn huononeminen.
	<p>Schwartzin arvoteorian mukaan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vastaajien mielestä kolme tärkeintä arvoa olivat turvallisuus, suoriutuminen ja itseohjautuvuus.

Suunnitellun hoidon koettiin toteutuvan paremmin tapauksissa, joissa asiakkaan yksilöllisen hoidon toteutus ei ollut yksittäisen hoitajan vastuulla. Enemistö vastaajista koki, että arvioinneilla on merkitystä päivittäisen hoidon suunnitteluun. Henkilöt, jotka näkivät universalismin elämäänsä ohjaavana arvona, kokivat arvoinnit merkityksellisemmiksi kuin sellaiset henkilöt, jotka eivät kokeneet universalismia omaksi arvokseen. Samoin ei-hedonistit kokivat arvoinnit merkityksellisemmiksi kuin hedonistit.

Toimintakyvyn muutos nähdään enimmäkseen asiakkaan tilan huononemisenä. Samoin HoPaSun päivityksen perusteena on yleensä asiakkaan voimien huononeminen.

Kyselyssä kerättiin taustatietoina vastaajien ikä, ammattiryhmä, työyksikkö, organisaatiotyyppi, heidän saamansa arviointimenetelmäkoulutus ja asiakkaan toimintakyvyn arvioimiseksi käytetty arviointimenetelmä. Yhteenvetona voidaan todeta, että taustatietojen vaikutus summamuuttujiin oli seuraava: Vastaajan saamalla arviointimenetelmän käyttökoulutuksella ja ammattiryhmällä oli vaikutusta vain summamuuttujan *Monipuolisen arvioinnin toteutuminen* keskiarvoon. Vastaajan työyksikkö vaikutti kolmeen summamuuttujaan, jotka ovat *Monipuolinen arviointi* (BC), *Laadukas arviointi ja HoPaSu* (D) sekä *Asiakkaan/omaisen aloitteesta tehty arviointi* (E2). Taustatiedot ikäluokka ja käytetty arviointimenetelmä vaikuttivat ainoastaan summamuuttujaan *Arvioinnin hallinnolliset perusteet* (E1).

Tässä tutkimuksessa löydettiin kolme kaksisuuntaista yhteyttä eri vaiheiden välillä. Ensimmäinen kaksisuuntainen yhteys on tiedonhankinnan ja tiedon hyödyntämisen välillä. Toinen yhteys todettiin tiedonhankinnan sekä tiedonhankintavälineiden, -menetelmien, tiedon säilyttämisen ja jakamisen välillä. Kolmas todettu yhteys on ikäihmisten hoitoa varten tarvittavan tiedon hankinnan, hankintavälineiden, -menetelmien, tiedon säilyttämisen ja jakamisen sekä tiedon hyödyntämisen välillä.

Summamuuttujat *Monipuolinen arviointi*, *Laadukas arviointi ja HoPaSu*, *Arvioinnin hallinnolliset perusteet* sekä *Asiakkaan/omaisen aloitteesta tehty arviointi* kuvasivat kaikki Tiedonhankinta-vaihetta. Kaikilla summamuuttujilla oli kaksisuuntaisen varianssianalyysin tulosten mukaan vaikutusta ainakin yhteen muuhun saman vaiheen muuttujaan. Vaikutusten voimakkuus esitetään yhteenvetotaulukossa 28 sekä erikseen kunkin vaiheen tuloksia tarkastellessa (ks. Taulukot 21-26).

Kaikkia vaiheita tarkastellessa kaksisuuntaisten varianssianalyysien tulokset näyttävät, että suurin selitysosuus löytyy summamuuttujien *Laadukas arviointi ja HoPaSu* sekä *Suunnitellun hoidon toteutuminen* välillä (7,5 %, $n = 703$, $p = < .001$).

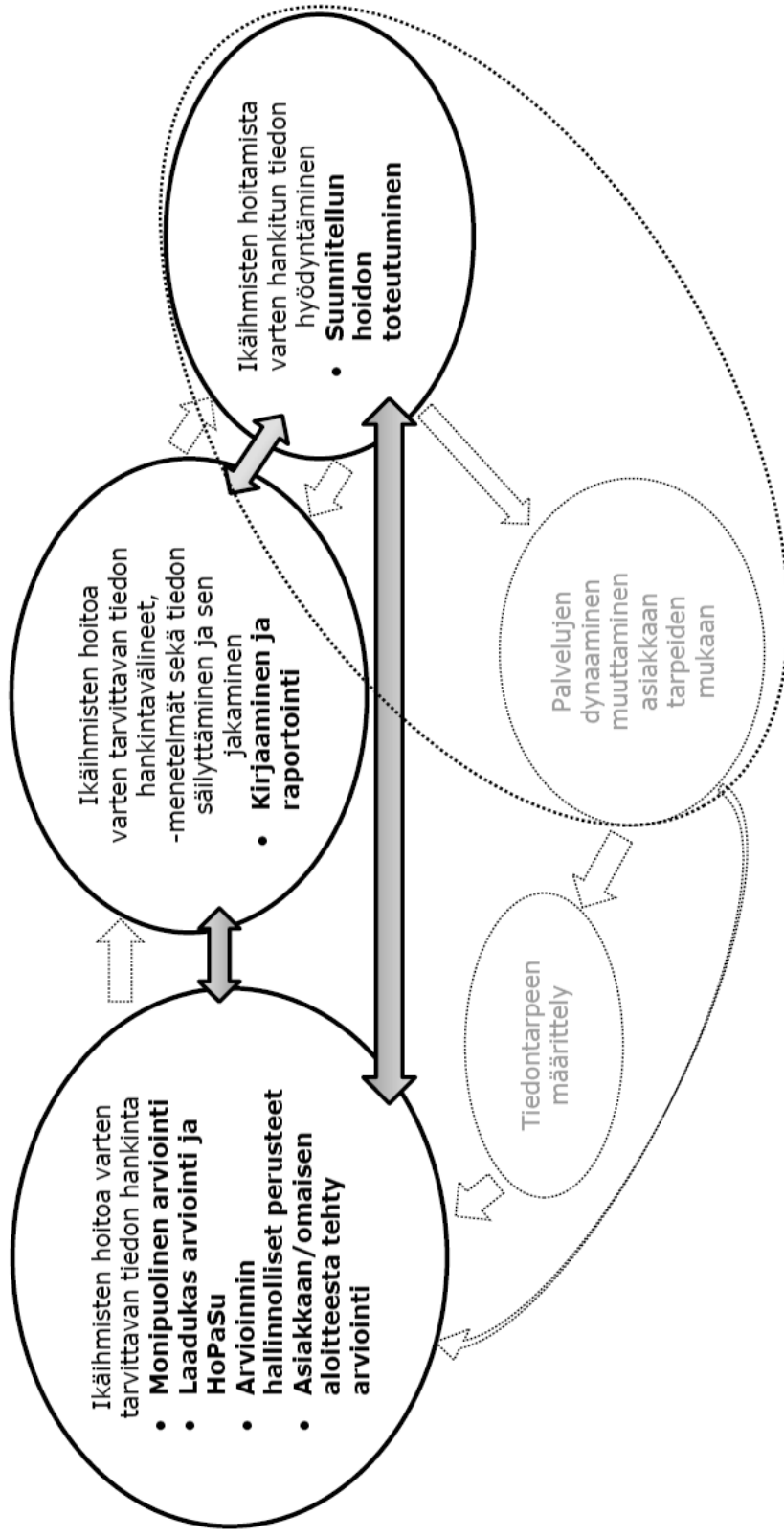
Taulukko 28. Osataulukko kaksisuuntaisten varianssianalyysien kovariaatteina käytettyjen summamuuttujien vaikutusten voimakkuudesta.

	Monipuolinen arviointi (BC) n=732	Laadukas arviointi ja HoPaSu (D) n=679	Arvioinnin hallinnolliset perusteet (E1) n=767	Asiakkaan/omaisen aloitteesta tehty arviointi (E2) n=824	Kirjaaminen ja raportointi (F) n=680	Suunnitellun hoidon toteutuminen (G) n=703
Kovariaattina käytetty summamuuttuja	selitysosuus %	selitysosuus %	selitysosuus %	selitysosuus %	selitysosuus %	selitysosuus %
<i>Monipuolinen arviointi</i>				4,6***		
<i>Laadukas arviointi ja HoPaSu</i>	3,5***				1,4**	7,5***
<i>Arvioinnin hallinnolliset perusteet</i>				5,8***	1,0**	
<i>Asiakkaan/omaisen aloitteesta tehty arviointi</i>	4,2***		6,6***			
<i>Kirjaaminen ja raportointi</i>		1,2**	2,7***			1,5**
<i>Suunnitellun hoidon toteutuminen</i>		6,1***			1,0**	
Mallien selitysosuudet kokonaisuudessaan, kun muut muuttujat ja niiden yhteisvaikutukset on huomioitu	33	35	19	16	22	21

Taulukosta 28 nähdään, että summamuuttujalla *Suunnitellun hoidon toteutus* oli suora yhteys muuttujien *Laadukas arviointi ja HoPaSu* sekä *Kirjaaminen ja raportointi* toteutumiseen. Vaikutus oli kaksisuuntainen, eli summamuuttujat *Kirjaaminen ja raportointi* ja *Suunnitellun hoidon toteutus* vaikuttivat myös muuttujan *Laadukas arviointi ja HoPaSu* toteutumiseen.

Tarkasteltaessa taulukkoja 18 ja 28 huomataan, että kaikilla summamuuttujilla ei ollut kaksisuuntaisen varianssianalyysin perusteella vaikutusta toisiinsa, vaikka ne korreloivat keskenään. Esimerkiksi *Kirjaaminen ja raportointi*-summamuuttuja eikä *Suunnitellun hoidon toteutuminen*-summamuuttuja vaikuttanut *Monipuoliseen arviointiin*. Toisaalta, *Kirjaamisen ja raportoinnin* kokemuksella sekä *Suunnitellun hoidon toteutumisella* oli molemminpuolinen vaikutus.

Edellä kuvattujen tuloksien perusteella tutkija kehitti tiedonhallinnan mallin, jota kutsutaan tässä yhteydessä ”Ikäihmisten palveluiden tiedonhallinnan malliksi” (ks. Kuvio 20.) Kuvioon on piirretty tummemmilla nuolilla tutkimuksessa löytyneet kaksisuuntaiset yhteydet eri vaiheiden välillä.



Kuvio 20. Ikäihmisten palveluiden tiedonhallinnan malli.

Palvelujen dynaaminen muuttaminen asiakkaan tarpeiden mukaan vastaa tässä tutkimuksessa sisällöllisesti lähes täydellisesti kohtaa *Ikäihmisten hoitamista varten hankitun tiedon hyödyntäminen*. Kohdat jätettiin kuviossa kuitenkin erilleen, koska palveluiden dynaamisen muuttumisen ei todistettu olevan osa suunnitellun hoidon toteutumista, mikä johtuu tutkimuksen tiedonkeruutavasta (avoimet kysymykset). Lisäksi tiedontarpeen määrittelyllä ja palvelujen dynaamisen muuttamisella voi olla kaksisuuntainen yhteys muihin vaiheisiin. Koska mahdollisia yhteyksiä ei pystytty todentamaan tilastollisin keinoin aineiston keruumenetelmien vuoksi, niitä ei otettu malliin mukaan.

6 *Pohdinta*

6.1 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUDEN JA EETTISYYDEN ARVIOINTI

6.1.1 Haastattelujen luotettavuus

Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen, laadullisen aineiston tulosten, luotettavuutta arvioidaan tässä tutkimuksessa Eskolan ja Suorannan (2001) sekä Kylmän ja Juvakan (2007) esittämillä kriteereillä, jotka ovat uskottavuus, siirrettävyys, varmuus ja vahvistuvuus.

Uskottavuus tarkoittaa tässä yhteydessä sitä, miten yhdenmukaiset tutkittavien ja tutkijan käsitykset tutkittavasta aiheesta ovat. Yhdenmukaista käsitystä teemoista pyrittiin parantamaan siten, että operationalisoidut (ks. Alkula ym., 1999; Töttö, 1997) haastatteluteemat esiteltiin ennen varsinaisia haastatteluja erillisellä testiryhmällä ja testipaikkakunnalla (ks. UTA, 2004).

Haastattelut toteutettiin joko kasvokkain haastateltavan kanssa tai puhelinhaastatteluna. Kylmä ja Juvakka (2007) kuvaavat, että puhelinhaastattelussa voi tulla tulkintavirheitä, koska sanaton viestintä jää kokonaan havainnoimatta. Tämän tutkimuksen puhelinhaastatteluja tutkija pitää kuitenkin yhtä uskottavina kuin lähihaastatteluja. Puhelinhaastattelut saattavat olla jopa objektiivisempia kuin lähihaastattelut, koska haastateltavien ilmeillä ja eleillä ei ollut vaikutusta tutkijan tulkintaan.

Osa haastatteluista toteutettiin haastateltavien toivomuksesta ryhmähaastatteluina. Kahdessa haastattelussa oli mukana esimies–alainen-pari, jolloin oli mahdollista, että haastateltavien mielipiteet mukailivat toistensa mielipiteitä. Tätä on kuitenkin mahdotonta todistaa jälkeenpäin todeksi tai vääräksi, kuten Maas ja Polansky (1960) ovat todenneet. Huomionarvoista on, että kahdessa neljän hengen ryhmähaastattelussa ilmeni myös paljon keskenään eriäviä mielipiteitä, joita uskallettiin esittää rohkeasti haastateltavien hallinnollisista suhteista riippumatta.

Uskottavuus otettiin huomioon myös etenemällä haastatteluissa yksilöllisesti jokainen vastaaja huomioiden. Haastateltaville annettiin kunkin teeman läpikäyntiin niin paljon aikaa kuin he kokivat tarvitsevansa. Vastausajan riittävyttä tutkija arvioi tarkastelemalla haastateltavien puheiden taukoja ja varmistamalla aina haastatteluteeman vaihtuessa, että edellinen teema oli käsitelty kokonaan. Toisaalta tutkija myös salli haastateltavien palata jo aiemmin käsiteltyyn teemaan jos haastateltava näin halusi. Haastattelujen kesto vaihteli 23 minuutin ja lähes kahden tunnin välillä. Erot kestoissa johtuivat siitä, että eri haastatteluissa saattoi olla eri määrä haastateltavia. Lisäksi toiset haastateltavat olivat puheli-

aampia kuin toiset. Kahta ajallisesti pisintä haastattelua voisi luonnehtia ikäihmisten palvelujen kehittämistä varten käydyksi keskusteluksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten ja heidän esimiestensä välillä.

Haastatteluteemat jätettiin avoimiksi, jotta haastateltavat saisivat kertoa asioista omin sanoin ja juuri niin kuin he kunkin asian kokivat. Useammassa haastattelussa esille nousivatkin joko suorasti tai epäsuorasti henkilökunnan arvot tai asenne työtä kohtaan. Asenteista puhuttiin passiivissa ja yleisellä tasolla: haastateltavista kukaan ei kertonut omassa asenteessa työtä kohtaan olevan parantamisen varaa. Tässä vaiheessa tutkija totesi olevansa ymmällä tutkittavasta ilmiöstä, ikäihmisten palvelujen tiedonhallinnasta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Samalla hän vakuuttui jo aiemmin suunnitellun tutkimuksen toisen vaiheen tarpeellisuudesta. Jotta tutkimustulokset eivät jäisi kuvailevalle tasolle, tutkija halusi laajentaa ja syventää saatua tietoa tutkittavasta ilmiöstä ja löytää mahdollisia selittäviä tekijöitä (UTA, 2004). Tutkija päätteli, että mainintoja asenteista voidaan pitää niin sanottuina *heikkoina signaaleina*³⁴ (Coffman, 1997), jotka voisivat selittää toimintaa. Tässä vaiheessa tutkimusta tulevaan kyselyyn päätettiin lisätä arvoja ja asenteita kuvaava osuus. Näin siis haastattelut lisäsivät tutkijan ymmärrystä tutkitusta ilmiöstä (ks. Hirsjärvi, 2000).

Siirrettävyys viittaa siihen, miten hyvin tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan hyödyntää toisessa kontekstissa. Tässä tutkimuksessa siirrettävyyttä on pyritty parantamaan kuvaamalla kukin tutkimuksenteon vaihe haastatteluteemojen laatimisesta aineiston analysointiin mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Samoin tutkimuksen ensimmäisen osan aineistonhankintavaihe ja tutkittavat sekä heidän taustatietonsa on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti, jolloin tuloksien siirtäminen muihin samankaltaisiin konteksteihin sekä niiden soveltaminen on mahdollista.

Tutkimustulosten siirrettävyyttä parantaa myös haastatteluaineiston kattavuus. Alun perin tavoitteena oli haastatella kahtatoista henkilöä. Koska vapaaehtoisia haastateltavia löytyi kuitenkin enemmän, lopullinen haastateltavien määrä oli 22. Haastateltavat edustivat erilaisia toimintayksiköjä ja sijoittuivat myös maantieteellisesti eri puolille Suomea. Aineisto alkoi saturoitua jo toisen paikkakunnan kohdalla (ks. Miles & Huberman, 1994).

Varmuudella tarkoitetaan sitä, että tutkijan ennakko-oletusten vaikutus tutkittavaan aiheeseen huomioidaan. Peircen mukaan tutkimuksesta ei voi täysin irrottaa tulkinnan tai tulkitsijan osuutta (Niiniluoto, 1980). Vaikka tutkimuksen päämääränä on saavuttaa totuus tutkimuksen kohteesta (Niiniluoto & Haaparanta, 1998) on tutkijan kokemus hoitajana, toiminnan kehittäjänä ja ikäihmisten omaisena saattanut vaikuttaa tulkintaan (ks. Rissanen, 1999; Rolin, 2006). Tutkija pyrki kyseenalaistamaan jatkuvasti omaa tulkintaansa, jotta oma esiympäristö tutkimuksesta aiheesta ei vaikuttaisi liikaa aineiston tulkintaan (ks.

³⁴ Coffmanin (1997) mukaan heikot signaalit ovat asioita, jotka vaikuttavat organisaation toimintaan, mutta niiden vaikutusta ei ole vielä tutkittu.

Laine, 2010). Esiymmärrystä kuitenkin tarvitaan, jotta syvempää ymmärrystä voi syntyä (Turunen, 1995).

Varmuus on myös tutkimusprosessin johdonmukaisuutta. Koko tutkimusprosessi täytyy kuvata kattavasti ja lisäksi analysointiprosessi (esim. pää- ylä- ja alaluokkien sekä pelkistettyjen ilmauksien väliset yhteydet) on dokumentoitava mahdollisimman hyvin, jotta lukija tavoittaa yhteyden aineiston ja tulosten välillä, kuten Latvala ja Vanhanen-Nuutinen (2001) sekä Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka (2006) ovat kuvanneet. Analyysimenetelmänä käytetty teoriaohjaavuus (ks. Tuomi & Sarajärvi, 2002; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006) nousee esiin aineiston luokittelussa: aineisto analysoitiin kattavasti, eikä siitä poimittu vain tiettyjä ilmaisuja (ks. Mäkelä, 1990). Lisäksi analyysivaiheessa varmistettiin Silvermanin sääntöjen mukaan, ettei haastateltavien mielipiteitä tulkittu selityksiksi (ks. Toivonen, 1999) ja ettei haastateltujen ilmaisuja irrotettu asiayhteydestä (ks. Leininger, 1985; Kylmä & Juvakka, 2007; Lilja, 2011).

Pattonin ja Weberin mukaan laadullisen aineiston luotettavuutta voidaan arvioida myös tulosten esittämisen näkökulmasta (Latvala & Vanhanen-Nuutinen, 2001). Tässä tutkimuksessa tulosten esittämisessä hyödynnetään tulosten jaottelea pääluokkiin, jotta tulosten tarkastelu olisi mahdollisimman helppoa. Kirkin ja Millerin mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös sen perusteella, kuinka johdonmukaisina tutkimustulokset näyttäytyvät (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006). Tämän tutkimuksen eri aineistoista saatujen tulosten välillä ei ole havaittavissa ristiriitaisuuksia.

Kirk ja Miller sekä Silverman ovat esittäneet, että haastattelujen nauhoittaminen lisää varmuutta (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006). Näin ollen haastattelut nauhoitettiin myös tässä tutkimuksessa. Yksikään haastateltavista ei vastustanut haastattelun nauhoittamista. Kaikki haastateltavat puhuivat asiakkaista kauniiseen sävyyn ja kohteliaasti ja jättivät asiakkaiden nimet mainitsematta. Tutkija toteutti korkeintaan kolme haastattelua päivässä, jotta väsyminen ei vaikuttaisi tutkijan tarkkaavaisuuteen. Litteroinnin jälkeen analysointivaiheessa tehtiin vielä erillisiä muistiinpanoja analysointivaiheen ratkaisuksista, esimerkiksi siitä, miksi tietyt alakategoriat päädyttiin yhdistämään.

Tämän tutkimuksen tulokset ovat yhdenmukaisia lähteinä käytettyjen julkaisujen tulosten kanssa. Lisäksi tutkimuksen toisen vaiheen tulokset tukevat ensimmäisen vaiheen tuloksia.

6.1.2 Kyselyn luotettavuus

Määrällisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi kohdistuu validiteetin ja reliabiliteetin arviointiin (Metsämuuronen, 2003). Validiteetilla viitataan siihen, kuvaako mittaustulos sitä, mitä sen on tarkoitettu kuvaavan. Reliabiliteetti kertoo, sisältävätkö mittaustulokset satunnaisvirheitä ja kuinka paljon niitä on. (Nummenmaa ym., 2014.). Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa on huomioitava, että kyselylomake kehitettiin tätä tutkimusta varten, eikä sen validiteettia tai reliabiliteettia oltu testattu aiemmin.

Validiteetin arviointi voidaan jakaa kolmeen osaan, jotka ovat sisältö-, rakenne- ja kriteerivaliditeetti. Sisältövaliditeetin näkökulmasta oleellista on, että käytetty kyselylomake ja siihen liittyvät käsitteet tukevat teoriaa ja että ne on operationalisoitu oikein. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että tutkimukseen kohteena oleva ilmiö tule hahmottaa kokonaisuudessaan, minkä jälkeen tehdään tarvittavat rajaukset (Metsämuuronen, 2003.) Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeen sisältö muodostettiin operationalisoidun kirjallisuuden ja haastattelujen tulosten perusteella (ks. Töttö, 1997). Kyselomakkeeseen ei kuitenkaan otettu mukaan kaikkia laadullisen aineiston analyysissä syntyneitä tuloksia, koska tutkimus haluttiin rajata tiedonhallintaan. Esimerkki poisjätetystä teemasta on asiakkuuden synty.

Rakennevaliditeetilla viitataan Maasin ja Polanskyn (1960) mukaan siihen, noudattaako tutkittava ilmiö jotain teoriaa tai mallia. Rakennevaliditeetin testaus lähentelee reliabiliteetin testausta (Metsämuuronen, 2003). Tässä tutkimuksessa teoriapohjana käytettyä kirjallisuutta arvioidaan tutkimustuloksien tarkastelu-osiossa. Teorioiden selventämiseksi tutkija piirsi kuvioita, mikä auttoi tutkijaa hahmottamaan teorioiden sisällön. Validiteetin varmistamiseksi kyselylomake esitestattiin, minkä jälkeen lomaketta muokattiin vielä ymmärrettävämpään ja yksiselitteisempään muotoon. Siihen myös lisättiin ohjetekstejä erityisesti tutkimuksen kontekstista. (Ks. Moreno, Martínez & Muñiz, 2006.)

Validiteetta arvioitaessa tulee huomioida muuttuja 9a (Mikä mittari on organisaatiossani ensisijaisesti käytössä ikäihmisen toimintakyvyn arviointiin?) Kaikki arviointimenetelmät (mittarit ja arviointijärjestelmät) oli niputettu samaan kysymykseen. Esimerkiksi RAI- arviointi- ja seurantajärjestelmän kohdalla aineistosta ei pystynyt selvittämään mitä osuutta järjestelmästä vastaaja tarkoitti.

Toinen validiteettiin vaikuttava tekijä voi olla kysymyksien sopimattomuus kaikkiin vastaajien toimintaympäristöihin. Esimerkiksi muuttuja F53 (Asiakkaan kotona toteutuneet asiat kirjataan asiakkaan kotona olevaan viestivihkoon) oli suunnattu lähinnä kotihoidon työntekijöille, mutta siihen oli vastauksia myös muissa yksiköissä työskennelleiltä. Toisaalta, vastaajien oli mahdollista ohittaa hänelle sopimattomat kysymykset, koska ainoastaan kysymys käytetystä arviointimenetelmästä (9a) oli pakollinen.

Tutkimuksen reliabiliteetin arvioiminen voidaan toteuttaa esimerkiksi testaus-uudelleentestaus- menetelmällä. Tässä tutkimuksessa ei ollut tätä mahdollisuutta, mutta väittämien johdonmukaisuutta testattiin muuttujista muodostettujen summamuuttujien Cronbachin alfakertoimilla. Jos kerroin on vähintään ,60, summamuuttuja on hyvä (Metsämuuronen, 2003). Tämän tutkimuksen summamuuttujien alfakertoimet vaihtelivat välillä ,641–,835.

Koska kysely perustuu osaksi laadullisen aineiston tuloksiin, kyselyn luotavuus on yhteydessä haastattelujen pätevyyyteen (Töttö, 1997). Käänteisesti ajateltuna summamuuttujat, joilla on korkea Cronbachin alfakerroin, kertovat onnistuneesta laadullisen aineiston analyysistä ja sen operationalisoinnista.

Tutkimuksen reliabiliteettia pyrittiin parantamaan myös kuvaamalla määrällisen aineiston analyysin eteneminen mahdollisimman yksityiskohtaisesti (ks. Uhari & Nieminen, 2012). Reliabiliteetilla voidaan tarkoittaa myös tutkimuksen objektiivisuutta, joka on tutkijan vapautumista ulkopuolisesta määräysvallasta (Sajavaara, 2000). Myös Weberin mukaan tutkijan on pidättäydyttävä arvottavista sitoumuksista, jotka voivat vääristää tutkimusta (Raatikainen, 2006). Tutkijalla ei ollut tutkimusta tehdessään sidonnaisuuksia organisaatioihin. Objektiivisuus pyrittiin saavuttamaan myös siten, että tutkimuksessa käytettiin menetelmiä, jotka voidaan toistaa (ks. Töttö, 2012).

Kyselyn otanta oli harkinnanvarainen näyte (ks. Nummenmaa ym., 2014). Tähän näytteeseen päädyttiin, koska koko maata varmuudella edustava otos olisi sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistavasta (ks. Kuntaliitto, 2014b) johtuen edellyttänyt noin kolmensadan tutkimuslupan anomista, mikä olisi ollut tämän tutkimuksen puitteissa liian suuri määrä. Näin ollen päädyttiin anomaan lupa Suomen kahdenkymmenen asukasluvultaan suurimman kunnan alueella toimivista organisaatioista.

Vaikka saatekirjeessä tutkimuksen kohderyhmä oli kuvattu tarkasti, kunnat lähettivät vastauksena myös äitiyslomalla olevien tai kohderyhmään kuulumattomien henkilöiden sähköpostiosoitteita. Kohderyhmään kuulumattomien henkilöiden osoitteiden saannin on kuvannut esimerkiksi Monroe (2012). Saaduissa sähköpostiosoitteissa oli lisäksi mukana selvästi virheellisiä osoitteita (esim. osoitteen sukunimestä puuttui viimeinen n-kirjain). Virheellisistä yhteystiedoista ovat raportoineet esimerkiksi Jones ja Pitt (1999) ja Wiseman (2003). Tilannetta hankaloitti myös se, että e-lomakejärjestelmä ei anna virheilmoitusta sähköpostiosoitteista, joita ei ole olemassa.

Kirjallisuuden mukaan (esim. Jones & Pitt, 1999; Bälter ym., 2005) sähköpostikyselyllä saadaan yleensä pienempi vastausprosentti kuin perinteisillä paperilomakkeilla. Sähköiseen aineistonkeruuseen päädyttiin kuitenkin siksi, että se on paperiversiota huomattavasti taloudellisempi tapa kerätä tietoa, sillä painatus- ja postikulut sekä tietojen tallennusvaihe jäävät kokonaan pois, kuten Kuula (2006) ja Monroe (2012) ovat kuvanneet.

Tutkija joutui osaksi luopumaan periaatteestaan saada koko kohderyhmän henkilökohtaiset sähköpostiosoitteet, koska osa palveluntuottajista ei halunnut lähettää henkilökunnan suoria sähköpostiosoitteita ja kaikilla henkilökunnan jäsenillä ei myöskään ollut omaa sähköpostiosoitetta (ks. Israel, 2011). Näissä tapauksissa kysely lähetettiin yhteyshenkilön tai ryhmäosoitteen välityksellä (rinnakkaisversio B). Yhden organisaation palvelin ei ottanut vastaan e-lomakkeen kautta lähetettyjä viestejä, joten kyseisen organisaation henkilökunnalle lähetettiin avoin linkki sähköpostitse. Avoimena linkkinä lähetetyn kyselyn kanssa on olemassa mahdollisuus, että linkki jaetaan kohderyhmään kuulumattomille henkilöille tai että siihen vastataan useampaan kertaan. Aineistoa tarkastellessaan tutkija ei kuitenkaan löytänyt merkkejä tällaisesta menettelystä.

Katoanalyysin (UTA, 2004; Nummenmaa ym., 2014) tekeminen oli tämän tutkimuksen puitteissa lähestulkoon mahdotonta. Henkilökohtaisen linkin kautta vastausprosentti oli 14, vaihdellen eri suuralueilla 11-23 prosentin välillä. Yhteyshenkilöiden kautta lähetettyjen lomakkeiden vastaanottajamäärää ei tiedetä. Tarkkaa kokonaisvastausprosenttia ei siis pystynyt laskemaan.

Tutkimuksessa mukana olleilla paikkakunnilla vanhuspalveluiden parissa työskenteli vuonna 2013 yhteensä 27 270 henkilöä, joista perus- tai lähihoitajia oli 79 prosenttia (n = 21 603), sairaan- ja terveydenhoitajia kaksitoista prosenttia (n = 3 246) ja kotiaavustajia tai vastaavia yhdeksän prosenttia (n = 2 421). (Ailasmaa, 2015.) Tutkimukseen vastanneiden vastaavat luvut ovat: perus- ja lähihoitajat 69 prosenttia (n = 599), sairaan- ja terveydenhoitajat 25 prosenttia (n = 219) ja kotiaavustajat tai vastaavat viisi prosenttia (n = 47). Tässä otoksessa ammattiryhmien osuudet poikkeavat hieman kaikkien mukana olleiden kuntien ammattiryhmien osuuksista. Otoksen edustavuus vastaa kokonaisuudessaan kolmea prosenttia (n = 865) kaikista tutkimuksessa mukana olleiden alueiden kotihoidossa, laitoshoidossa ja palveluasumisessa työskentelevistä henkilöistä. Edellä mainittujen hoitajamäärien perusteella voidaan päätellä, että tässä tutkimuksessa perus- ja lähihoitajat sekä kotiaavustajat olivat vastaajajoukossa ali-edustettuina, kun taas sairaanhoitajat yliedustettuina. Koska vastaajien ammattiryhmällä oli kaksisuuntaisen varianssianalyysin tulosten perusteella vaikutus vain yhteen summamuuttujaan (*Monipuolinen arviointi*, ammattiryhmän selitysosuus 1,9 %), ei vastaajajoukon ja perusjoukon välinen eriävyys ole tulosten kannalta merkittävä.

Vastausprosentti oli pienehkö, mihin saattoi vaikuttaa kaksi asiaa. Ensinnäkin sähköpostin käyttö tiedotusvälineenä ei luultavasti ollut kohdeorganisaatioissa kovinkaan vakiintunut tapa. Toinen pienehköön vastausprosenttiin vaikuttanut asia oli todennäköisesti yhteyshenkilöiden käyttö kyselyn välittämisesä. Yhteyshenkilöiden kautta lähetettyjen viestien vastaajamäärien perusteella (ks. Kuvio 5) tutkijalle jäi kuva, että kaikki yhteyshenkilöt eivät välittäneet viestiä tutkimukseen osallistumisesta kaikille mahdollisille vastaajille, kuten Kuula (2006) on kuvannut. Muutamille yhteyshenkilöille lähetettiin viestin välityspyyntö useaan kertaan, ja vastauksia saatiin silti vain kourallinen. Osa yhteyshenkilöistä puolestaan näytti lähettäneen muistutusviestin tutkimukseen osallistumisesta välittömästi ensimmäisen osallistumispyynnön jälkeen, koska vastauksia kerääntyi nopeasti ja paljon. Kaikille yhteyshenkilöille lähetettiin sama viesti, joten yhteyshenkilöiden toiminta ei voinut selittyä viestin erilaisella muodolla.

Yhteenvetona tutkimuksen luotettavuudesta voidaan sanoa, että tutkimustulokset ovat luotettavia. Myös kahden eri aineiston pohjalta saadut samankaltaiset tulokset tukevat luotettavuutta. Kuitenkin täytyy huomioida, että tutkimustuloksia yleistettäessä tuloksiin tulee suhtautua kriittisesti, koska esimerkiksi vastaajien katoanalyysiä (ks. UTA, 2004; Nummenmaa ym., 2014) ei pystytty tekemään. Tutkimustulokset ovat siis suuntaa-antavia.

Vastaajaryhmän valikoituneisuutta ja eri vastaajaryhmien välistä tulosten pätevyyttä tutkija ei pysty arvioimaan. Aineistot kuvaavat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten käsitystä aineistojen keruuhetkellä siitä, mitä toimintakyky on, miten sitä arvioidaan, miten arvioinneista saatua tietoa hyödynnetään ja miten tieto vaikuttaa toimintaan. Niiniluodon (1980) mukaan tuloksilla ei kuitenkaan ole ainaista auktoriteettiasemaa. Paraskin tieteellisesti hankittu tieto on osittain epävarmaa ja aina parannettavissa olevaa (Niiniluoto, 2003).

6.1.3 Tutkimuksen eettisyyden arviointi

Tutkimuksen eettisyydestä pyydettiin ennakoarviointi Itä-Suomen yliopiston eettiseltä toimikunnalta. Ennakoarvioinnin tarkoitus oli varmistaa, että tutkimussuunnitelma noudattaa Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimia eettisiä periaatteita (UEF, 2014). Tutkimuksesta vastaava henkilö, professori Saranto, ja tutkija arvioivat millaisia mahdollisia haittoja tutkimuksesta voisi koitua siihen osallistuville henkilöille. Haittoja ei ilmennyt lukuun ottamatta vastaajien kyselyyn vastaamiseen ja haastatteluun käytettyä aikaa, joka vähensi varsinaiseen asiakastyöhön käytettävää aikaa. Itse asiassa tutkimus saattoi jopa lisätä osallistujien tietoisuutta toimintakyvystä ja sen arvioinnista sekä toimintakyvystä kerätyn tiedon hyödyntämisestä (ks. Ford & Reutter, 1990).

Tutkija sitoutui noudattamaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan eettisiä periaatteita (2009), mikä tarkoittaa käytännössä sitä, että haastateltavia ja kyselyyn vastaajia kohdeltiin ystävällisesti ja heidän ihmisarvoaan kunnioittaen (ks. UTA, 2004; Kuula, 2006). Tutkimukseen osallistuville laadittiin tiedotteet, joissa korostettiin vastaamisen vapaaehtoisuutta ja anonyymiteettiä (ks. Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006; Maas & Polansky, 1960). Tiedotteet lähetettiin vastaajille sähköpostitse osallistumispyynnön liitteenä. Erillistä suostumuslomaketta ei laadittu (vertaa Kylmä & Juvakka, 2007), koska itse tutkimukseen osallistuminen voitiin tulkita suostumukseksi (ks. UTA, 2013). Osallistujien sähköpostiosoitteita ei tallennettu varsinaiseen aineistoon.

Haastatteluista osa toteutettiin yksilö- ja osa ryhmähaastatteluina. Haastattelujen aikana tutkija ei ottanut kantaa haastateltavien kertomiin asioihin, ja haastatteluissa ilmenneitä asioita ei raportoitu työyhteisöihin. Näin osallistujien asemaa työyksiköissä ei vaarannettu. Tutkimustuloksia ei raportoitu organisaatioiden tai yksiköiden nimillä, eivätkä yksittäisen henkilön vastaukset tai vastaamatta jättäminen voineet vaikuttaa esimerkiksi henkilön työsuhteeseen.

Tutkimuksessa ei kerätty osallistujien suoria tunnistetietoja lukuun ottamatta haastateltavien yhteystietoja. Sen sijaan osallistujilta kysyttiin taustatieto-osiossa epäsuoria tunnisteita (ks. UEF, 2014), esimerkiksi ammattia ja työpaikan sijaintikuntaa. Tutkimustuloksia ei kuitenkaan raportoitu ammattinimikkeillä tai kuntakohtaisesti, vaan ne luokiteltiin esimerkiksi ammattiryhmittäin.

Tutkimusaineistoa säilytettiin salasanalla suojatulla tietokoneella ja sen varmuuskopiota erillisessä tilassa. Tutkimusaineistoa säilytetään Itä-Suomen yli-

opiston tutkimuseettisen toimikunnan ohjeen mukaan viisi vuotta tutkimuksen valmistumisen ja raportin julkaisun jälkeen.

6.2 TULOSTEN TARKASTELU JA UUTUUSARVO SEKÄ JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia ikäihmisten toimintakykyyn liittyvän tiedonhallinnan toteutumista.

Tutkimustuloksien tarkasteluosiossa edetään tutkimuskysymysten 1-4 mukaisessa järjestyksessä. Lopuksi käsitellään tutkimustulosten perusteella kehitettyä ikäihmisten hoidon tiedonhallinnan mallia. Tiedonhallinnan mallin arvioimisen yhteydessä käsitellään myös mallin eri vaiheiden vaikutusta toisiinsa. Kyselylomakkeessa kysyttyjen arvojen vaikutukset raportoidaan kunkin tutkimuskysymyksen kohdalla.

Luvun lopussa käsitellään tutkimustuloksien uutuusarvoa sekä esitetään johtopäätökset.

Miten ikäihmisten parissa työskentelevät hoitajat määrittelevät toimintakyvyn?

Tuloksien mukaan toimintakyky nähdään pääasiassa fyysisinä toimintoina. Myös toimintakykyarvioinneissa korostui helposti fyysinen osa-alue, (ks. THL & Valvira, 2014) vaikka Vanhuspalvelulain (Laki 980/2012) mukaan kaikki toimintakyvyn osa-alueet tulee huomioida (ks. myös Laine ym., 2007). Hoitajilla oli hyvin sairauskeskeinen käsitys toimintakyvystä, kuten Vaarama ja Ylönen (2006) ovat kuvanneet. Myös käsitys toimintakyvyn muutoksen suunnasta oli pääasiassa negatiivinen. Toimintakykyä tarkasteltiin usein hoitajan näkökulmasta.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ja Valviran (2015) teettämän tutkimuksen mukaan lähes kaikki kunnat arvioivat järjestelmällisesti asiakkaiden palvelutarvetta ja toimintakykyä arkitoimissa suoriutumisen osalta niin kotihoidon (N = 525) kuin tehostetun palveluasumisen yksiköissä (N = 841). Seuraavaksi eniten seurattiin asiakkaiden kognitiivista toimintakykyä ja sitten psyykkistä toimintakykyä. Erot tässä tutkimuksessa saatuihin tuloksiin johtunevat erilaisesta kysymyksenasettelusta. THL:n ja Valviran (2015) kyselyssä oli mukana toimintakyvyn eri osa-alueiden lisäksi arkitoimista suoriutuminen. Lisäksi THL:n ja Valviran kysely oli suunnattu yksiköiden toiminnasta vastaaville henkilöille, jolloin kohderyhmä on ollut eri kuin tämän tutkimuksen, jossa mukana olivat myös varsinaista hoitotyötä tekevät henkilöt.

Fyysisen osa-alueen korostuminen ja sairauskeskeinen ajattelu voivat johtua siitä, että toimintakykyä lähestytään funktionaalisen ja biologisen ajattelumallin kautta (ks. Heikkinen ym., 2013) ja hoidon laatua on totuttu mittaamaan fyysisen tarpeiden toteuttamisen näkökulmasta, kuten Voutilainen (1991) on

kuvannut. Asiakkaiden toimintakykyä pitäisi lähestyä enemmän kaikkien osa-alueet huomioimalla (Laine ym., 2007) ja ikäihmisten voimavarojen (ks. Voutilainen, 1991; Herranen 2008) kuin fyysisen osa-alueen tai hoitajan tekemisen näkökulmasta.

Näyttäisi siltä, että arviointeja ohjaavat vanhentuneet ajatusmallit, joiden mukaan ikäihmisiin suhtaudutaan negatiivisesti ja sairauskeskeisesti (ks. Coleman ym., 1993; Jyrkämä, 1995). Sairaudet ja ikä eivät kuitenkaan kirjallisuuden mukaan lisäännä samassa suhteessa (ks. Tilvis 2010), ja hyvä toimintakyky ei myöskään tarkoita aina sairauden puuttumista (ks. Briggs, 1993; Ojala 2003).

Mitä fyysisen osa-alueen ja sairauskeskeisyyden korostuminen sitten tarkoittaa itse asiakkaille? Hyvin todennäköisesti henkilökunnan suorituskeskeinen, negatiivinen ajattelumalli voi tarttua myös asiakkaisiin ja omaisiin, jolloin esimerkiksi asiakkaan huoli omasta kyvystä liikkua saattaa lisätä epävarmuutta (ks. Somersaari 2013) ja sitä kautta rajoittaa hänen liikkumistaan. Saarnion (2009) mukaan sillä, että ikäihmisten liikkumista rajoitetaan fyysisesti, on tarkoitus lisätä turvallisuutta, mutta rutiiniomaista rajoittamista tulisi välttää. Liikkumisen liiallinen rajoittaminen saattaa pahimmassa tapauksessa tarkoittaa, että asiakkaan todellinen toimintakyky ja voimavarat jäävät huomioimatta ja ikäihminen hoidetaan passiiviseksi (ks. Koskinen, 2003).

Hoitaja- tai suorituskeskeinen ajattelutapa voi vaikuttaa myös asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman toteuttamiseen sekä sen ja toimintakyvyn arvioinnin kirjaamiseen. Kirjaaminen saattaa olla pelkkää asiakkaan luona tehtyjen töiden luettelemista (ks. Tarhonen, 2013). Myös HoPaSun toteutumisen arviointi saattaa jäädä tekemättä (ks. Vaarama ym., 2006).

Miten toimintakykyyn liittyvä tiedonhankinta toteutuu ikäihmisten palveluissa?

Asiakkaiden toimintakyvynseuranta- ja HoPaSujen päivittämistä ei ollut sovittu kaikissa tutkimuspaikoissa, mutta arviointeja ja päivityksiä ei toteutettu aina suunnitellusti. Jos arviointeja ei toteutettu sovitusasiakkailla, asiakkaiden hoidon perustana olevat HoPaSut eivät olleet ajantasaisia, kuten Pöyry ja Perälä (2003) sekä Vaarama ja työryhmä (2006) ovat aiemmin kuvanneet. Tämä tulos on identtinen myös SUPERin (2015) tekemän selvityksen kanssa. THL:n ja Valviran (2015) kuntiin kohdistamassa kyselyssä tilanne oli päinvastainen: HoPaSujen kerrottiin olevan ajan tasalla 90 prosentilla vuonna 2014 vastanneista (N=525) kotihoidon yksiköistä (ks. myös Olin ym., 2004). Ero tämän tutkimuksen ja THL:n ja Valviran (2015) kyselyn tuloksissa johtuu todennäköisesti samoista syistä kuin erot toimintakykyarvioinneissa: tutkimusten kysymyksenasettelu ja kyselyn kohde-ryhmät ovat keskenään erilaiset.

Työyksikössä käytettävällä arviointimenetelmällä (eniten käytetty RAI- arviointijärjestelmä, RAVA-mittari ja toimintakykykartoitus) oli vaikutusta siihen, kuinka usein arviointi ja HoPaSun päivitys toteutettiin silloin, kun asiakkaan tilassa ei ollut tapahtunut muutoksia. Jos tilassa ei ollut tapahtunut muutoksia,

uusi arviointi tehtiin 6-7 kuukauden välein. RAI- arviointijärjestelmän ja RAVA-mittarin käyttäjien keskuudessa toimintakyky arvioinnin aikaväli oli tällöin kuusi kuukautta, samoin HoPaSun päivittämisen aikaväli. Muun arviointimenetelmän tai kaupungin oman toimintakykykartoituksen uusinta-aika oli keskimäärin seitsemän kuukautta. Jos merkittäviä muutoksia toimintakyvyssä ilmeni, arviointi ja HoPasu uusittiin yhden viikon – kolmen kuukauden kuluttua muutoksen havaitsemisesta. Merkittäviksi muutoksiksi tulkittiin enimmäkseen sellaiset seikat, jotka vaikuttivat hoitajien toimintaan. Esimerkiksi liikkumiseen käytetyn apuvälineen muutostarvetta ei katsottu merkittäväksi muutokseksi.

Käytettävä toimintakyvyn arviointimenetelmä vaikutti myös siihen, missä järjestyksessä toimintakykyarviointi ja HoPasu laadittiin. RAI- arviointijärjestelmän käyttäjistä puolet teki ensin arvioinnin, kun taas RAVA-mittarin käyttäjistä kolmannes. Toimintakykykartoitusta hyödyntävistä hoitajista lähes puolet arvioi toimintakyvyn ennen HoPaSun laatimista.

Tiedonhankinnan toteutumista ohjasivat myös hoitajien kokemus omasta toimintakyvyn arviointiosaamisesta ja se, kuinka merkitykselliseksi hoitajat kokivat toimintakyvyn roolin hoivaa ohjaavana tekijänä. Myös hoitajien työyksikkö ja asenne HoPaSua kohtaan vaikuttivat tiedonhankinnan toteutumiseen. Tiedonhankinta toteutui huonoinen niiden hoitajien mielestä, jotka työskentelivät ei-ympärivuorokautisessa yksikössä ja jotka kokivat, ettei HoPaSuilla ole merkitystä. Myös hoitajien arvoilla oli merkitystä tiedonhankinnan toteutumiselle. Ne hoitajat, joiden elämää ohjasivat kollektiiviset arvot ja jotka tekivät työtä pääasiassa muuhun kuin havainnointiin perustuen, kokivat arviointien ja HoPaSujen toteutuvan hyvin.

Hallinnolliset tekijät, kuten ikäihmisten hoidon maksajatahon määräys, ohjasivat usein arviointien tekemistä. Arviointiin käytetty menetelmä vaikutti siihen, kuinka voimakkaasti vastaajat kokivat hallinnollisten syiden vaikuttavan arvioinnin tekoon. RAI- arviointijärjestelmän käyttäjät kokivat hallinnollisen ohjauksen vaikutuksen voimakkaimmaksi. Asiakkaan tai omaisen aloitteesta tehdyn arvioinnin toteutumiseen vaikutti vastaajan työyksikkö. Parhaiten arviointi toteutui asiakkaiden ohjausyksikössä työskennelleiden mielestä. Tämä selittyi todennäköisesti eri yksiköiden erilaisilla toimintatavoilla. Joissakin yksiköissä henkilö voi esimerkiksi ottaa yhteyttä arviointiyksikköön ja pyytää arviointia itselleen tai läheiselleen.

Mitä toimintakykyarvioinnin ja HoPaSun laatimisen järjestyksen vaihtelu tarkoittaa käytännössä? Jos HoPaSu laaditaan ensin, siinä ei ole voitu huomioida asiakkaan toimintakykyä. Kun tätä tietoa verrataan Vanhuspalvelulain (Laki 980/2012) sisältöön ja STM:n suositukseen (2013), voidaan todeta, että monipuolinen ja toimintakyvyn kaikki osa alueet kattava säännöllinen arviointi sekä hyvin suunniteltu ja kirjattu hoito eivät aina toteudu. Systemaattisella toimintakyvyn arvioinnilla olisi Hawesin ja työryhmän (1997) mukaan selvä yhteys hoitosuunnitelmien parempaan laatuun. Vanhuspalvelulain (Laki 980/2012) voimaan-

tulo ei ole muuttanut tilannetta entisestä, koska Vaarama ja Ylönen (2006) ovat esittäneet samankaltaisia tuloksia jo aiemmin.

Vanhuspalvelulain (Laki 980/2012) ja STM:n suosituksen (2013) toteutumista arvioitaessa HoPaSujen epäajantasaisuus on erittäin huono asia, koska se vaikuttaa moneen muuhun seikkaan. Jos asiakkaan HoPaSu ei ole ajantasainen, hänen hoitonsa ei voi perustua hänen senhetkiseen tilaansa. Myöskään yksikkötasolla asiakastiedoista ei ole operatiivisen toiminnan kannalta hyötyä, (ks. Hedelin & Allwood, 2002; Curry & Moore 2003; Lammintakanen ym., 2010) koska tieto ei kuvaa yksikön senhetkistä tilannetta. Näin ollen esimerkiksi yleinen toiminnan suunnittelu (ks. Laki 980/2012) ja henkilöstöresurssien kartoitus (ks. Björkgren, 2002; Laine ym., 2005) hankaloituvat. Koska tieto ei ole ajantasaista, se voi menettää merkityksensä esimerkiksi tietoyntasoisten palvelujen (kotihoito, ympäri-vuorokautinen hoito) tarpeen määrien arvioimisen kannalta (ks. Lammintakanen ym., 2010).

Miksi tietoa ei sitten kerätä, vaikka niin on yhteisesti sovittu? Yksi syy tälle saattaa olla, että arviointien tekemisestä ei nähty olevan hyötyä omalle työlle (ks. Ahvenjärvi & Salminen, 2012; DeLone & McLean, 1992) eikä tiedonkeruun yhteyttä asiakkaan hoitamiseen ymmärretty. Arviointien tekeminen koettiin usein sääntöihin perustuvaksi, ulkopuolelta tulevaksi määräykseksi (ks. Orlikowski, 1992; Choo, 1998). Niiden toteuttamisessa oli myös hoitajakohtaisia eroja (ks. VTV, 2010), ja lisäksi hoitajan asenne vaikutti arvioinnin luotettavuuteen (ks. Choo, 1998; Choo ym., 2008). Rokstadin ja työryhmän (2013) mukaan asiakaslähtöisen hoidon toteutuminen vaatii myös aktiivista esimiehen tukea henkilökunnalle (ks. myös Vähäkangas ym., 2012). Choo ja de Alvarenga (2010) ovat esittäneet, että kehittämiselle myönteinen ilmapiiri lisäisi tiedon hyödyntämistä (ks. myös Huryk, 2010).

Toinen mahdollinen syy tietojen keruun laiminlyömiseen voi olla hoitajien elämää ohjaavat arvot. Kyselyyn vastaajia pyydettiin valitsemaan kolme heidän mielestään tärkeintä arvoa, jotka tuloksien mukaan olivat turvallisuus, suoriutuminen ja itseohjautuvuus. Nämä arvot painottuvat Schwartzin arvokehällä individualistisia päämääriä palvelevalle puolelle, kun taas hoitotyössä tarvittaisiin arvokehän kollektiivisia arvoja (Puohiniemi, 2002). Hoitajien ammattiliittojen (SHL, 1996; SUPER, 2009) julkilausumat arvot *universaalisuus*, joka koettiin tässä tutkimuksessa neljänneksi tärkeimmäksi arvoksi ja *hyväntahtoisuus*, joka oli viidenneksi tärkein, olivat mukana kolmen tärkeimmän arvon joukossa vuonna 2001 (Puohiniemi, 2002). Mikäli tämän tutkimuksen hoitajien arvomaailmasta saatuja tuloksia verrataan suomalaisten sosiaalityöntekijäopiskelijoiden (n = 131) arvotutkimuksen tuloksiin, joiden mukaan kolme tärkeintä arvoa olivat hyväntahtoisuus, universalismi ja itseohjautuvuus (Verkasalo, 1996), on arvojen tärkeysjärjestys muuttunut. Myös Puohiniemen (2002) aineistoon verrattuna arvojen tärkeysjärjestys on muuttunut. Samoin Ainosen (2003) tutkimuksessa esitetty arvojen tärkeysjärjestys (hyväntahtoisuus, mielihyvä ja yhdenmukaisuus) on eri

kuin tämän tutkimuksen. Rissasen (1999) tutkimustulosten mukaan tärkein syy omaisen hoitoon osallistumiseen oli sisäinen halu.

Tämän tutkimuksen muista eriävään tulokseen on voinut vaikuttaa arvojen määrä ja asteikko, jotka erosivat muiden tutkimusten vastaavista. Puohiniemen (2002) arvomittaria ei voitu valita mukaan tutkimukseen sen pituuden vuoksi: siinä on yhteensä 57 arvoa, joista kukin tulee arvottaa asteikolla -1-7 (-1 tarkoittaa arvoa, jota vastustetaan. Äärimmäisen tärkeälle arvolle annetaan 7) Se, että turvallisuus nousi tässä tutkimuksessa tärkeimmäksi arvoksi, saattaa selittyä esimerkiksi suomalaisen yhteiskunnan tämänhetkisellä taloudellisella tilanteella (mm. lomauttamisuhalla) sekä maailmalta välittyvillä uhkakuvilla. Jyrkämän (1995) tutkimuksen kohderyhmästä turvattomuuden nimesi huolenaiheeksi vain yksi prosentti haastatelluista.

Jälkeenpäin ajateltuna olisi ollut mielenkiintoista lisätä kyselyyn myös organisaation arvoja koskeva osio. Näin olisi ollut mahdollista verrata vastaajien henkilökohtaisten ja ammatillisten (ks. Weis & Schank, 2002) tai organisaation arvojen mahdollisten ristiriitaisuuksien (ks. Schein, 1987; Rassin, 2008) vaikutusta tutkittavaan ilmiöön.

Tutkimuksen kyselyaineiston keruun aikana Vanhuspalvelulaki (Laki 980/2012) oli ollut voimassa noin 18 kuukautta. Laki (Laki 980/2012) korostaa voimakkaasti asiakkaan toimintakykyä palvelujen perustana. Asia ei kuitenkaan ole uusi, vaikka se on noussut julkiseen keskusteluun vasta 2010-luvulla. Hoitajille suunnatusta oppikirjallisuudesta löytyy mainintoja asiakkaan tarpeiden mukaisesta hoidosta ainakin 1950-luvulta lähtien: esimerkiksi Hendersonin (DeMeester ym., 1994) ja Wiedenbachin (Danko ym., 1994) mukaan hoitaja rooli muuttuu asiakkaan avuntarpeen mukaan. Tutkijan opiskellessa sairaanhoitajaksi 1980-luvulla luettiin Ritva Veteläsuon (1981) kirjaa, joka korostaa asiakkaan omatoimisuutta sekä fyysisten ja psyykkisten aktiviteettien säilyttämistä ja lisäämistä. Nykyisinkin sairaanhoitajien (Metropolia, 2015) ja lähihoitajien (Opetushallitus, 2010) opetussuunnitelmissa tuodaan esille ikäihmisten toimintakyvyn ylläpitäminen. Ikäihmisten hoitoa kannattaakin jatkossa tarkastella laajemmin kuin pelkkänä Vanhuspalvelulain (Laki 980/2012) mukana pinnalle nousseena ilmiönä (ks. Chalfont & Hafford-Letchfield, 2010).

Miten tiedonhallinta ikäihmisten palveluissa toteutuu?

Tiedonhallinnalla tarkoitetaan tässä yhteydessä kaikkia Choon (2001) mallin vaiheita lukuun ottamatta edellä erikseen käsiteltyä Tiedonhankinta-vaihetta. Ikäihmisten palvelujen toteuttamisessa tuotetaan hiljaista tietoa, jota ei pystytty hyödyntämään, ellei tietoa kirjata (ks. Engeström, 1995; Nonaka & Takeuchi, 1995; Choo, 1998). Työyksiköissä oli käytössä rinnakkaisia, epävirallisia viestinvälitysmenetelmiä, kuten viestivihkot. Tietoa siirrettiin myös pelkästään suullisesti, jolloin tiedot eivät olleet yleisesti henkilökunnan käytettävissä, kuten Nonaka ja Takeuchi (1995) ovat esittäneet. Työvuorossa toteutettavista tehtävistä tehtiin usein mekaanisia työlistoja, joissa ei ollut esitetty tavoitteita asiakkaan

hoitoon liittyen, kuten Voutilainen (2004) on kuvannut. Edellä kuvatut toimintatavat voivat johtaa siihen, että hoitotyö muuttuu rutiininomaiseksi suorittamiseksi.

Tutkimustuloksista käy ilmi, että HoPaSuja ja päivittäisiä merkintöjä asiakkaan hoitokertomuksesta luetaan harvoin. Tämän ilmiön ovat todenneet jo aiemmin Kossman ja Scheidenhelm (2008). MacIntosh-Murrayn ja Choon (2006) mukaan tietojen hyödyntämättä jättäminen voi johtaa virhetapahtumiin hoidossa. Myöskään HoPaSua ei edelleenkään mielletä päivittäiseksi työvälineeksi, kuten Voutilainen (2004) on todennut. HoPaSujen huono hyödyntäminen johti todennäköisesti siihen, että vastaajat kokivat asiakkaille suunnitellun hoidon toteutuvan huonosti. Esimerkiksi Lehtonen ja työryhmä (1991) ovat havainneet, että HoPaSun laatiminen ja hyödyntäminen eivät toteudu suunnitelmien mukaisesti (ks. myös Pöyry & Perälä, 2003; VTV, 2010). HoPaSuja on kuitenkin laadittu jo pitkään (ks. esim. Morris ym., 1990), samoin kuin niiden toteuttamista on seurattu (ks. esim. Päivärinta & Haverinen, 2002).

Ajoittain laajaan keskusteluun on noussut mobiiliteknologian hyödyntämisen mahdollisuus ikäihmisten hoidossa. Aiempien tutkimustulosten (esim. Liikanen & Virtanen, 2002; Ozkaynak & Brennan, 2012; Feldman ym., 2014) perusteella kuitenkin tiedetään, ettei pelkkä teknologian käyttöönotto takaa toiminnan kehittymistä. Ikäihmisten palveluissakin voitaisiin parantaa esimerkiksi kirjaamisen ajantasaisuutta, mikäli kirjaamisprosesseja tarkasteltaisiin ja kehitettäisiin teknologian käyttöönoton yhteydessä.

Asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna tietojen hyödyntäminen on siis huonoa, vaikka arviointien merkitys asiakkaan hoidon suunnittelussa tunnistetaan. Kollektiivisia arvoja, universalismia ja hyväntahtoisuutta, arvostavat hoitajat kokivat arvioinnit kuitenkin tärkeämmiksi kuin individualistisia arvoja arvostavat hoitajat (ks. Choo ym., 2008). Myös asiakkaista laadittujen dokumenttien lukeminen oli puutteellista. Reilu kolmannes hoitajista koki, ettei ehdi lukea hoitokertomusta ennen asiakkaan hoitamista. Esimerkiksi ikäihmisten selviytyminen omatoimisesti kotona edellyttäisi asiakkaista kerätyn tiedon käytännön hyödyntämistä ja koko palvelukokonaisuuden toteuttamista (Saranummi, Topo & Kahri, 2007).

Toisaalta mitä merkitystä asiakkaan hoitokertomuksen lukemisella on jos itse tiedon kirjaaminen on vähäistä? Usein asiakkaan tilaan liittyviä asioita kirjataan vain, jos ne poikkeavat HoPaSuun kirjatusta sekoista. Jos taas HoPaSujen lukeminen on vähäistä, kuinka hoitajat voivat tietää, mikä on poikkeuksellista tietoa? Tietojen vähäinen kirjaaminen ruokkii todennäköisesti entisestään sitä, että asiakkaista laadittuihin dokumentteihin ei perehdytä. Kirjaamisen ja raportoinnin toteutuminen oli yhteydessä siihen, kuinka toimintakykyarviointien nähdään vaikuttavan hoidon suunnitteluun ja siihen, ja toteutetaanko työtä pääsääntöisesti havainnointiin perustuen.

Miten erilaisia tiedonhallinnan tapoja ikäihmisten palveluissa voidaan selittää?

Tämän tutkimuksen taustatiedot: vastaajien ikä, ammattiryhmä, työyksikkö, työskentelypaikkakunta, käyty arviointimenetelmien koulutus ja työyksikössä käytetty arviointimenetelmä selittivät summamuuttujien vaihtelua varianssianalyysien tulosten perusteella suhteellisen vähän. Saadulla arviointimenetelmäkoulutuksella ja vastaajan ammattiryhmällä oli vaikutusta monipuolisen arvioinnin toteutumisena. Työyksikkö vaikutti kahteen summamuuttujaan, arviointien ja HoPaSujen toteutumiseen sekä asiakkaan tai omaisen aloitteesta tehtyihin arviointeihin. Ikäluokka ja käytetty toimintakyvyn arviointimenetelmä selittivät arviointien hallinnollisia perusteita.

Tutkimuksessa ei kerätty vastaajien työyksikkötietoa niin tarkasti, että tiedonhallinnan toteutumisen vaihtelua olisi voitu arvioida yksittäisen yksikön sisällä. Tämä olisi ollut mielenkiintoista tietoa esimerkiksi tarkasteltaessa sitä, missä järjestyksessä arvioinnit ja HoPaSut toteutettiin. Alun perin analyysissa oli tarkoitus hyödyntää suuraluejakoa (Tilastokeskus, 2013) nykyistä laajemmin. Tutkija tuli kuitenkin siihen tulokseen, että jako on liian karkea alueiden suuren maantieteellisestä koosta johtuen.

Ennen tutkimuksen toisen vaiheen aineiston analysointia tutkija ajatteli, että toimintakyvyn arviointimenetelmä on pelkästään tiedonhankintamenetelmä. Tuloksista kuitenkin ilmeni, että käytetty menetelmä vaikutti tiedonhankinnassa useaan eri asiaan: niin arviointien välisen aikaan, arvioinnin ja HoPaSun laatimisen järjestykseen kuin arvioinnin hallinnollisiin perusteisiin. Käytetty arviointimenetelmä nousi siis taustamuuttujista suurimmaksi yksittäiseksi vaikuttavaksi tekijäksi. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaiden tasavertaisuuden arviointiin kannattaa kiinnittää entistä enemmän huomiota kansallisella tasolla, jotta hoidon laadun toteutuminen ei olisi kiinni käytetystä toimintakyvyn arviointimenetelmästä. Arviointimenetelmän valintaan kannattaa kiinnittää huomioita (ks. Glenny & Stolee, 2009).

Tutkimuksessa tarkasteltiin myös hoitajien arvoja, ja vastaajat luokiteltiin kahteen ryhmään heidän sen perusteella, ohjasivatko heidän elämänsä kollektiiviset (ks. Puohiniemi, 2002) vai individuaaliset arvot. Kollektiiviset arvot tulivat esille niin yksittäisenä muuttujana kuin yhteisvaikutuksen kautta monipuolisen arvioinnin toteutumisessa. Lisäksi kollektiivisuudella oli merkitsevä vaikutus arviointien ja HoPaSujen toteutumiseen sekä suunnitellun hoidon toteutukseen. Kollektiivisia arvoja arvostavien hoitajien mielestä tiedonhallinta toteutui paremmin kuin individualistisia arvoja toteuttavien hoitajien mielestä.

Yksi tiedonhallinnan toteutumista selittävä tekijä olivat hoitajien käsitykset siitä, kuinka merkittävä tekijä tiedonhallinta ylipäätään on. Esimerkiksi kirjaamisen ja raportoinnin toteutumiseen vaikutti se, koettiinko arvioinneilla olevan vaikutusta hoidon suunnitteluun. Kärjistäen voidaankin sanoa, että mikäli tiedonhallinnan eri vaiheita ei syystä tai toisesta mielletä tärkeiksi, niitä ei myöskään toteuteta käytännössä.

Asiakkaiden HoPaSut olivat harvojen vastaajien mielestä ajantasaisia (ks. Pöyry & Perälä, 2003; . Syynä siihen oli esimerkiksi se, ettei tietoja kirjata. Ilmiö saattaa selittyä johtamistavalla, sillä hallinnollisten syiden nähdään ohjaavan tiedonkeruuta. Lisäksi hoitajien kokemus asiakkaan tarpeista määrittelee päivit- täistä päätöksentekoa enemmän kuin itse asiakkaista saadut tiedot.

Yhteenvetona voidaan todeta, että aineisto ei anna suoraa vastausta siihen, miksi ikäihmisten hoitohenkilökunta tietää, miten pitäisi toimia, mutta ei kuitenkaan toimi saamansa tiedon mukaisesti (ks. Aaltonen & Junkkari, 2000). Vastaavia tuloksia on saanut myös Kivinen (2008), jonka tutkimuksessa selvisi, että vain puolet terveydenhuollon henkilökunnasta toimi sovittujen käytäntöjen mukaan.

Ikäihmisten palvelujen tiedonhallinnan mallin arviointia

Tutkimuksen tulosten perusteella kehitettiin tiedonhallinnan malli ikäihmisten palveluja varten. Tiedonhallinnan mallia voidaan käyttää kehittämään ikäihmisten toimintakykyyn perustuvan hoidon suunnittelua, toteutusta ja toteutumisen arviointia.

Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä tuotettujen tuloksien perusteella Choon (1998) mallin seitsemän vaihetta tiivistettiin viiteen vaiheeseen. Alkuperäisen mallin vaiheista *Tiedon organisointi ja varastointi, Tietotuotteet ja -palvelut* sekä *Tiedon jakaminen* yhdistettiin yhdeksi vaiheeksi, joka sai nimen *Ikäihmisten hoitoa varten tarvittavan tiedon hankintavälineet, -menetelmät sekä tiedon säilyttäminen ja sen jakaminen* (ks. Kuvio 20).

Tutkimuksen toisen vaiheen tuloksista tunnistettiin kolmen eri vaiheen vastavuoroinen vaikutus: *Tiedonhankinta*-vaihe vaikutti *Ikäihmisten hoitoa varten tarvittavan tiedon hankintavälineet, -menetelmät sekä tiedon säilyttäminen ja sen jakaminen* -vaiheeseen sekä *Hankitun tiedon hyödyntäminen* -vaiheeseen. Vaikutus oli kaksisuuntainen.

Käytännössä tämä tarkoittaa, että esimerkiksi valittu toimintakyvyn arviointimenetelmä vaikuttaa arviointien aikaväleihin ja siihen, missä järjestyksessä arvioinnit ja HoPaSut laaditaan. Näin ollen arviointiin käytetty toimintakyvyn arviointimenetelmä vaikuttaa myös itse dokumentoinnin laatuun. Samoin tietojen hyödyntämiseen vaikutti myös se, pitikö arvioija toimintakyvyn arviointia ja HoPaSua merkittävinä hoidon kannalta.

Mallin avulla voidaan tunnistaa eri tekijöiden vaikutukset toisiinsa, jolloin ne osataan ottaa huomioon esimerkiksi kirjaamiskoulutuksen painopisteiden suunnittelussa.

Seuraavaksi malli kannattaa testata käytännössä, koska se perustuu kahdessa vaiheessa toteutetun tutkimuksen tuloksiin eikä sen toimivuudesta ole vielä käytännön tietoa.

Tutkimustuloksien uutuusarvo

Tämä tutkimus tuotti uutta tietoa ikäihmisten toimintakykyyn liittyvän tiedon tiedonhallinnan eri vaiheisiin vaikuttavista tekijöistä. Tulosten mukaan tiedonhallinnan eri vaiheiden onnistuminen vaikutti osaan vaiheista takautuvasti. Tiedonhallinnan kokonaisuuden kannalta vastaajien asenne toimintakykyyn liittyvän tiedon tiedonhallintaan oli merkittävä tekijä tiedonhallinnan toteutumisessa.

Lisäksi tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat aiempia tutkimustuloksia (ks. esimerkiksi Voutilainen, 2004). Tulokset tuovat esille merkittävän epäkohdan. Uudesta lainsäädännöstä ja suosituksista huolimatta tilanne ikäihmisten hoidon toteuttamisessa tiedon hyödyntämistä arvioiden ei ole muuttunut ainaakaan parempaan suuntaan. Lainsäädännön ja suositusten merkitys todellisina toimintaa ohjaavina elementteinä vaikuttaakin olevan pienempi kuin mitä yleisesti ottaen ajatellaan.

Johtopäätökset

Tutkimuksen tuloksien perusteella tutkija esittää seuraavat johtopäätökset:

- Toimintakyvyn kaikkien osa-alueiden arviointia tulee lisätä, jotta ikäihmisten avuntarpeista saadaan kokonaisvaltainen käsitys. Näin osataan kohdentaa palvelut paremmin.
- Henkilökunnan koulutusten suunnittelussa kannattaa antaa perustelut sille, miksi toimintakykyarviointeja ja HoPaSuja laaditaan ja korostaa niiden hyödyntämismahdollisuuksia päivittäisen työn tukena.
- Tietojen ajantasaisuuden parantaminen voisi lisätä tietojen hyödyntämismahdollisuuksia eri tasoilla ja sitä kautta parantaa dokumenttien ja hoidon laatua.
- Toimintakyvyn arviointiin käytettävän arviointimenetelmän valinnassa kannattaa huomioida, mihin käyttötarkoitukseen tietoa halutaan kerätä.
- Toimintakykylähtöisen toimintatavan toteuttamiseksi huomiota pitää kiinnittää enemmän hoitajien käsityksiin hyvästä hoidosta kuin lainsäädännön tuomiin määräyksiin.
- Tutkimus vahvistaa tiedonhallinnan olevan tärkeä osa toimintaa. Tiedonhallinnan onnistuminen vaikuttaa suoraan toimintaan, tässä tutkimuksessa ikäihmisten hoidon toteuttamiseen. Ilman hyvää tiedonhallintaa ei toiminnalla ole edellytyksiä onnistua.

6.3 JATKOTUTKIMUSAIHEET

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia hoito- ja palvelusuunnitelmien laatimista ja toteutumista sekä toteutumisen arviointia käytännössä. Tutkimukseen voisi ottaa mukaan kolme eri näkökulmaa: asiakkaan ja omaisen, hoitajan sekä johtamisen.

- Asiakas tai omainen pystyy vertaamaan saamaansa palvelua myönnettyyn ja suunniteltuun palveluun. Asiaksnäkökulma onkin tärkeä, mutta asiakkailla ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla saattaa olla keskenään hyvin erilainen kuva siitä, kuinka suunniteltu hoito on toteutunut.
- Hoitajan näkökulma kannattaisi ottaa huomioon, kun tarkastellaan hoidolle toimintakyvynmukaisesti asetettujen tavoitteiden toteutumista, erityisesti hoidon sisällön ja tietojen kirjaamisen osalta.
- Johtamisnäkökulmaa puolestaan edustaisi hoitajien kirjaamien tietojen hyödyntäminen johtamistarkoituksessa.

Tuloksien avulla ikäihmisten palveluja voitaisiin kehittää siten, että asiakkaan toimintakyky ohjaisi enemmän hoitamisen sisältöä ja sitä kautta esimerkiksi hoitohenkilökunnan resurssointia. Lisäksi tuloksien avulla voitaisiin kehittää ikäihmisten palvelujen tiedonhallinnan mallia edelleen.

Lähteet

- Aalto, A-M. (2011). Haettu 28. 1 2015 osoitteesta Suositus psyykkisen toimintakyvyn mittaamiseksi väestötutkimuksissa:
http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S007_suositus_psyyskkinen_vt_110126.pdf
- Aalto, A-M.; Aro, A; Teperi, J. (1999). RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. Helsinki: Stakes.
- Aaltonen, T. & Junkkari, L. (2000). Yrityksen arvot ja etiikka. Helsinki: WSOY.
- Adams-Wendling, L.; Piamjariyakul, U.; Bott, M. & Taunton, R. (2008). Strategies for Translating the Resident Care Plan into Daily Practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(8), 50-56.
- Ahlman, E. (1920). Arvojen ja välineitten maailma-eettillis-idealinen maailmantarkasteluko. Helsinki: WSOY.
- Ahlqvist, A. (2013). Kotona asuvien ikääntyneiden itsenäisen selviytyminen - mitä 75-vuotiaiden ennaltaehkäisevät terveystarkastukset paljastavat. Pro gradu-tutkielma, Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos, Lääketieteellinen tiedekunta .
- Ahvenjärvi, S. & Salminen, H. (2012). RAI- arviointijärjestelmän hyödynnettävyys hoitajan näkökulmasta. Opinnäytetyö, Tampereen ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto.
- Ailasmaa, R. (2015). THL, henkilökuntamäärä 20 suurimmassa kaupungissa 2013.
- Ainonen, M. (2003). Lähi- ja sosionomiopiskelijoiden arvot. Haettu 14. 8 2014 osoitteesta
http://www.oamk.fi/amok/pro_forma/Martti_Ainonen_04.pdf
- Alén, M.; Kukkonen-Harjula, K. & Kallinen, M. (1997). Ikääntyvien terveyden ja toimintakyvyn arviointi sekä liikuntaneuvonnan periaatteet. Teoksessa: P. Era, toim. Ikääntyminen ja liikunta (s. 63-76). Jyväskylä: Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 108.
- Alkula, T.; Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. (1999). Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Helsinki: WSOY.
- Allen, J.; Ottmann, G. & Roberts, G. (2014). Multi-professional communication for older people in transitional care: A review of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 8(4), 253-269.
- Anttila, P. (1998). Tutkimisen taito ja tiedonhankinta. Haettu 14. 5 2015 osoitteesta www.metodix.com

- Banks, S. (2004). *Ethics, Accountability and the Social Professions*. Palgrave Macmillan.
- Banks, S. (2012). *Ethics and Values in Social Work*. Practical Social Work. Palgrave MacMillan.
- Bernabei, R.; Landi, F.; Onder, G.; Liperoti, R. & Gambassi, G. (2008). Second and Third Generation Assessment Instruments: The Birth of Standardization in Geriatric Care. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 63(3), 308-313.
- Berndtson, T. & Lounasmaa, J. (2004). Internet tutkijan työkaluna. *Haettu 9. 4 2014 osoitteesta*
http://www.stat.fi/tup/tietoaika/tilaajat/ta_06_04_internet_tyokalu.html
- Björkgren, M.; Häkkinen, U.; Harriet Finne-Soveri, H. & Fries, B. (1999). Validity and reliability of Resource Utilization Groups (RUG-III) in Finnish long-term care facilities. *Scand J Public Health*, 27, s. 228-234.
- Björkgren, M. (2002). *Case-Mix Classification and Efficiency Measurement in Long-Term Care of the Elderly*. Helsinki: Stakes.
- Bogardus, S.; Towle, V.; Williams, C.; Desai, M. & Inouye, S. (2001). What Does the Medical Record Reveal about Functional Status? A Comparison of Medical Record and Interview Data. *Journal of General Internal Medicine*, 16(11), 728-736.
- Bourbonniere, M.; Strumfp, N.; Evans, L. & Maislin, G. (2003). Organizational Characteristics and Restraint Use for Hospitalized Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 1079-1084.
- Briggs, R. (1993). *Biological Ageing*. Teoksessa: J. Bond; P. Coleman & S. Peace, toim. *Ageing in Society. An Introduction to Social Gerontology* (2 p., s. 53-67). SAGE Publications Ltd.
- Bäckmand, H. (2006). *Fyysisen aktiivisuuden yhteys persoonallisuuteen, mielialaan ja toimintakykyyn*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Bälter, K.; Bälter, O.; Fondell, E. & Lagerros. (2005). Web-based and Mailed Questionnaires: A Comparison of Response Rates and Compliance. *Epidemiology*, 16(4), 577-579.
- Carpenter, G.; Ljunggren, G.; Carrilo, E. & Fries, B. (1997). RUG-III and resource allocation: comparing the relationship of direct care time with patient characteristics in five countries. *Age and Ageing*, 26-S2, 61-65.
- Carter, M. (1985). *The Philosophical Dimensions of Nursing Science Research*. Teoksessa: M. Leininger, toim. *Qualitative Research Methods in Nursing* (s. 27-32). W.B. Saunders Company.
- Castles, F. (2004). *The Future of the Welfare State - Crisis Myths and Crisis Realities*. Oxford: Oxford University Press.
- Chalfont, G. & Hafford-Letchfield, T. (2010). Leadership from the bottom up: Reinventing dementia care in residential and nursing home settings. *Social Work & Social Sciences Review*, 14(1), 27-46.

- Chelimsky, E. (1997). *The Coming Transformations in Evaluation*. Teoksessa E. Chelimsky;& W. Shadish (Toim.), *Evaluation for the 21th Century* (s. 1-26). SAGE Publications Ltd.
- Choo, C.; Bergeron, P.; Detlor, B. & Heaton, L. (2008). Information culture and information use: an exploratory study of three organizations. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 59(5), 792-804.
- Choo, C.W. (1998). *The Knowing Organisation*. Oxford: Oxford University Press.
- Choo, C.W. (2001). *Information management for the intelligent organization*. Medford: Information Today.
- Choo, C.W. & de Alvarenga, N. (2010). Beyond the ba: Managing enabling contexts in knowledge organizations. *Journal of Knowledge Management*, 14(4), 592-610.
- Clarke, A. (2000). *Evaluation Research. An introduction to Principles, Methods and Practice*. SAGE Publications Ltd.
- Clarke, A.; Hanson, E. & Ross, H. (2003). Seeing the person behind the patient: Enhancing the care of older people using a biographical approach . *Journal of Clinical Nursing*, 12(5), 697-706.
- Coffman, B. (1997). *Weak Signal® Research*. Haettu 15. 11 2014 osoitteesta <http://www.mgtaylor.com/mgtaylor/jotm/winter97/wsrintro.htm>
- Coleman, P.; Bond, J. & Peace, S. (1993). *Ageing in the Twentieth Century*. Teoksessa: J. Bond;P. Coleman & S. Peace, toim. *Ageing in Society. An Introduction to Social Gerontology* (s. 1-18). SAGE Publications Ltd.
- Collin, C.; Wade, D.; Davies, S. & Horne, V. (1988). The Barthel ADL Index: a reliability study. *Int Disabil Stud*, 10(2), 61-3.
- Coombes, Y. (2003). Combining quantitative and qualitative approaches to evaluation. Teoksessa M. Thorogood;& Y. Coombes (Toim.), *Evaluating Health Promotion. Practice and Methods* (s. 27-40). Oxford University Press.
- Cooney, L. & Fries, B. (1985). Validation and use of resource utilization groups as a case-mix measure for long-term care. *Medical Care*, 123-132.
- Curry, A. & Moore C. (2003). Assessing information culture—an exploratory model. *International Journal of Information Management*, 23(2), 91-110.
- Danko, M.; Heidenreiter, T.; Hunt, N.; Marich, J.; Marriner-Tomey, A.; McCreary, C. & Stuart, M. (1994). *Auttamisen taito kliinisessä hoitotyössä*. Teoksessa: A. Marriner-Tomey, toim. *Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä* (s. 85-97). Helsinki: Sairaanhoitajien koulutussäätiö.
- Davidov, E.; Schmidt, P. & Schwartz, S. (2008). Bringing Values Back in. The Adequacy of the European Social Survey to measure Values in 20 Countries. *Public Opinion Quarterly*, 72(3), s. 420-445.
- De Boer, M.; Hertogh, C.; Dröes, R.-M.; Riphagen, I.; Jonker, C. & Eefsting, J. (2007). Suffering from dementia - The patient's perspective: A review of the literature. *International Psychogeriatrics*, 19(6), 1021-1039.

- DeLone, D. & McLean, E. (1992). Information System Success: The Quest for the Dependent Variable. *Information System Research*, 3(1), 60–95.
- DeMeester, D.; Lauer, W.; Marriner-Tomey, A.; Neal, S. & Williams, S. (1994). Virginia Henderson: Hoitotyön määritelmä. Teoksessa :A. Marriner-Tomey, toim. Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä (s. 98–111). Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
- Dent, E.; Visvanathan, R.; Piantadosi, C. & Chapman, I. (2012). Nutritional Screening Tools as Predictors of Mortality, Functional Decline, and Move to Higher Level Care on Older People: Systematic Review. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 97–145.
- DesRoches, C.; Donelan, K.; Buerhaus, P.; Potter, V. & Zhonghe, L. (2008). Registered Nurses' Use of Electronic Health Records: Findings From a National Survey. *The Medscape Journal of Medicine*, 10(7).
- Dufva, H. (2011). Ei kysyvää tieltä eksy: kuinka tutkia kielten oppimista ja opettamista haastattelun avulla. Teoksessa: P. Kalaja; R. Alanen & H., toim. Tutkielman laatijan opas (s. 131–145). Helsinki: Finn Lectura.
- Elam, J.; Graney, M.; Beaver, T.; Elderwi, D.; Applegate, W.; Miller, S. & Elam, J. (1991). Comparison of Subjective Ratings of Function with Observed Functional Ability of Frail Older Persons. *American Journal of Public Health*, 1127–1130.
- Engeström, Y. (1995). Kehittävä työntutkimus. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Ensio, A. (2001). Hoitotyön toiminnan mallintaminen. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Ensio, A. & Saranto, K. (2004). Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry.
- Eskola, J. & Suoranta, J. (2001). Johdatus laadulliseen tutkimukseen (5 p.). Tampere: Vastapaino.
- ETENE. (2008). Vanhuus ja hoidon etiikka. Haettu 13. 7 2014 osoitteesta http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=DLFE-525.pdf
- EU. (2010). Workshop on Healthy Ageing - Consumers and Active Ageing. Haettu 10. 5 2014 osoitteesta http://ec.europa.eu/health/ageing/docs/ev_20101011_report3_en.pdf
- EU. (2012). COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE EUROPEAN PARLIAMENT AND THE COUNCIL. Haettu 20. 8 2015 osoitteesta http://ec.europa.eu/health/ageing/docs/com_2012_83_en.pdf
- EUR. (2014). Snowball method. Erasmus Universiteit Rotterdam. Haettu 17. 4 2014 osoitteesta http://www.eur.nl/ub_informatievaardigheden/ul_instruction/sfsi_me/searching/searching_by_following_up_references/snowball_method/
- Eysenbach, G. (2000). Recent advances - Consumer health informatics. *British Medical Journal*, 320, 1713–1716.
- FCG. (2013). FIM-mittari. Haettu 5. 11 2013 osoitteesta fimmittari.fi/fim-mittari

- FCG. (2014a). RAVA-koulutusmateriaali.
- FCG. (2014b). RAVA-mittari. Haettu 15. 8 2014 osoitteesta <http://www.ravamittari.fi/>
- Feldman, S.; Schooley, B. & Bhavsar, G. (2014). Health Information Exchange Implementation: Lessons Learned and Critical Success Factors From a Case Study. *JMIR Medical Informatics*, 2(2).
- Finne-Soveri, H. (2010). Ikääntyneiden pitkäaikaishoito. Teoksessa: R. Tilvis; K. Pitkälä; T. Strandberg; R. Sulkava & M. Viitanen, toim. Geriatria (s. 76-86). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Finne-Soveri, H. (2013). Resident Assessment Instrument, RAI - laitoshoidon sisältö, laatu ja kustannukset samassa paketissa - sekä avo- että laitoshoidon vanhuspalveluihin. T. Strandberg, toim. Haettu 15. 8 2014 osoitteesta <http://www.gernet.fi/artikkelit>
- Finne-Soveri, H. (2014). Vanhus potilaana. Haettu 12. 4 2014 osoitteesta http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhus_potilaana
- Finne-Soveri, H. & Noro, A. (2003). RAI:n avulla asiakaslähtöiseen ja oikeudenmukaiseen johtamiseen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Teoksessa: A. Peiponen; T. Koivisto & S. Muurinen, toim. Hoitotyön vuosikirja 2004. Hoitotyön johtaminen ja työhyvinvointi (s. 133-146). Helsinki: Tammi.
- Ford, D.; Connelly, C. & Meister, D. (2003). Information Systems Research and Hofstede's Culture's Consequences: An Uneasy and Incomplete Partnership. *IEEE Transactions on Engineering Management*, 50(1), 8-25.
- Ford, S. & Reutter, L. (1990). Ethical dilemmas associated with small samples. *Journal of Advanced Nursing*, 15(2), 187-191.
- Friedman, C.; & Wyatt, J. (1997). *Evaluation Methods in Medical Informatics*. Springer.
- Fries, B. & Cooney, L. (1985). Resource utilization groups. A patient classification system for long-term care. *Medical Care*, 110-122.
- Fries, B. (1990). Comparing case-mix systems for nursing home payment. *Health Care Financing Review*, 11(4).
- Gallivan, M. & Srite, M. (2005). Information technology and culture: Identifying fragmentary and holistic perspectives of culture. *Information and Organization*, 15(4), 295-338.
- Gardner, R.; Overhage, M.; Steen, E.; Munger, B.; Holmes, J.; Williamson, J. & Detmer, D. (2009). Core Content for the Subspecialty of Clinical Informatics. *JAMIA*, 16, s. 153-157.
- Gjevjon, E. & Hellesø, R. (2010). The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1-2), 100-108.

- Glenny, C. & Stolee, P. (2009). Comparing the Functional Independence Measure and the interRAI/MDS for use in the functional assessment of older adults: a review of the literature. *BMC Geriatrics*, 9(52).
- Goodman, C.;Amador, S.;Elmore, N.;Machen, I. & Mathie, E. (2013). Preferences and priorities for ongoing and end-of-life care: A qualitative study of older people with dementia resident in care homes . *International Journal of Nursing Studies*, 50(12), 1639-1647.
- Goossen, W.;Epping, P. & Dassen, T. (1997). Criteria for Nursing Information Systems as a Component of the Electronic Patient Record. An International Delphi Study. *Computers in Nursing*, 15(6), 307-15.
- Graf, C. (2013). The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale. Haettu 28. 3 2014 osoitteesta http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_23.pdf
- Graves, J. & Corcoran, S. (1989). The study of nursing informatics. *Image*, 21(4), 227-231.
- Grönroos, M. (2003). Johdatus tilastotieteeseen. Tampere: Finn Lectura.
- Haapakorva, M. (2004). Kotihoidon tiedonhallinta - Tapaustutkimus Siilinjärven ja Maaningan kotihoidosta. Pro gradu-tutkielma, Kuopion yliopisto, Terveystieteiden ja -talouden laitos, Kuopio.
- Hallila, L. (1998). Hoitotyön kirjallisen suunnitelman sisältö. Teoksessa: L. Hallila, toim. Hoitotyökirjallinen suunnitelma (s. 69-71). Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Hartigan, I. (2007). A comparative review of the Katz ADL and the Barthel Index in assessing the activities of daily living of older people. *International Journal of Older People Nursing*(2), 204-212.
- Hartikainen, S. & Kivelä, S.-L. (2003). Ikääntyvien ja iäkkäiden kuntoutus. Teoksessa: T. Kallanranta;P. Rissanen & I. Vilkkumaa, toim. Kuntoutus (s. 440-451). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hawes, C. M.; Phillips, C.; Fries, B.; Murphy, K ;& Mor, V. (1997). Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. *Age and Ageing*, 26-S2, 19-25.
- Heaven, B.; Brown, L.; White, M.; Errington, L.; Mathers, J. & Moffat, S. (2013). Supporting Well-Being in Retirement through Meaningful Social Roles: Systematic Review of Intervention Studies. *The Milbank Quarterly*, 222-87.
- Hedelin, L. & Allwood, C. (2002). IT and strategic decision making. *Industrial Management & Data Systems*, 102(3), 125-139.
- Heggyvary, S. (1987). Yksilövastuinen hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Heikkilä, R.; Noro, A.; Asikainen, J.; Björkgren, M.; Nieminen, J.; Tirronen, A.; Suojalehto, E.; Ripsaluoma, J.; Lumio, J.; Pulli, M.; Majanmaa, L. & Finne-Soveri, H. (2013). Asiakasryhmittelyyn pohjautuva tuoteistus RUG-III LTC/34-luokituksen avulla – Tampereen kaupungin laitoshoido. Haettu 14. 8 2014 osoitteesta

- https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104407/URN_ISBN_978-952-245-849-0.pdf
- Heikkinen, E.; Laukkanen, P. & Rantanen, T. (2013). Toimintakyvyn käsitteen ja arvioinnin evoluutio ja kehittämistarpeet. Teoksessa: E. Heikkinen; J. Jyrkämä & T. Rantanen, *Gerontologia* (s. 278–283). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Helin, S. (2000). Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatioprosessi. Akateeminen väitöskirja, Jyväskylän yliopisto, *Studies in Sport, Physical Education and Health*, Jyväskylä.
- Herranen, H. (2008). Ikäihmisten voimaannuttavat toimintatavat vanhustenkeskuksessa. Opinnäytetyö, Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia, Hoitotyön koulutusohjelma, Helsinki.
- Hirsjärvi, S. (2000). Metodologiset ja teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa: S. Hirsjärvi; P. Remes & P. Sajavaara, toim. Tutki ja kirjoita (s. 111–128). Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S.; Hurme, H. (2001). Tutkimushaastattelu, Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirvensalo, M.; Heikkinen, E.; Lintunen, T. & Rantanen, T. (2005). Recommendations for and warnings against physical activity given to older people by health care professionals. *Preventive Medicine*, 41, 342–347.
- Huohvanainen, J.; Kejonen, A.; Kemppainen, U.; Pirskanen, M. & Varjoranta, P. (2010). Yli 65-vuotiaiden alkoholi- ja voimavaramittarin käyttöopas. Haettu 14. 4 2014 osoitteesta <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/bc3e06e1-c930-4805-b37c-fd5b0ed4bb44>
- Huryk, L. (2010). Factors influencing nurses' attitudes towards healthcare information technology. *Journal of Nursing Management*, 18(7), 606–612.
- Hänninen, T. (2014). Kognitiivisen heikentymisen tunnistaminen seulontatutkimuksilla. Teoksessa: M. Hallikainen; R. Mönkäre; T. Nukari & M. Forder, toim. Muistisairaankuntouttava hoito (s. 38–39). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hänninen, T.; Pulliainen, V.; Sotaniemi, M.; Hokkanen, L.; Salo, J.; Hietanen, M.; Pirttilä, T.; Pöyhönen, M.; Juva, K.; Remes, A.; Erkinjuntti, T. (2010). Muistisairauksien tiedonkäsittelymuutosten varhainen toteaminen uudistetulla CERAD-tehtäväsarjalla. *Duodecim*, 126(17), 2013–21.
- Häyry, H. & Häyry, M. (1997). Hyvä, kaunis ja tosi. Helsinki: Yliopistopaino.
- Höykinpuro, S. (2011). Kirjaamisen kehittäminen Someron kotihoidossa. Turun ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveystieteiden johtaminen ja kehittäminen.
- Ikäkaste. (2012). Ikäkaste. Haettu 24. 4 2014 osoitteesta <http://www.ikakaste.fi/tietopankki>

- InterRAI. (2014). InterRAI.org. Haettu 30. 8 2014 osoitteesta <http://bibliography.interrai.org/node/2566>
- Irving, J. & Snider, J. (2002). Preserving professional values. *Journal of Professional Nursing*, 18(1), 5.
- Israel, G. (2011). Strategies for Obtaining Survey Responses from Extension Clients: Exploring the Role of E-Mail Requests. *The Journal of Extension*, 49(3).
- Jaakonsaari, M.; Karttunen, A.; Klemola, L. & Kokko, P. (2015). Potilasluokittelujärjestelmä NordDRG ja kustannusseuranta ikääntyneillä aivoverenkiertohäiriön sairastaneilla kävelyn ja käden tehostetun käytön kuntoutuksen aikana. Haettu 10. 8 2015 osoitteesta <http://www.kela.fi/documents/10180/751941/Selosteita95.pdf>
- Jackson, M. (1990). Use of community support services by elderly patients discharged from general medical and geriatric medical wards. *Journal of Advanced Nursing*, 15(2), 167-175.
- Jarva, V. (1982). Organisaation johtaminen ja tiedonhankinta. Tutkimus organisaation tietojärjestelmän kehittämistä. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Johnson, M. (1993). Dependency and Interdependency. Teoksessa: J. Bond & P. P. Coleman, toim. *Ageing in Society. An Introduction to Social Gerontology* (2 p., s. 255-279). SAGE Publications Ltd.
- Jokivuori, P. & Hietala, R. (2007). Määrällisiä tarinoita. Monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta. Helsinki: WSOY.
- Jolanki, O. (2009). Fate or Choice? Talking about old age and health. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.
- Jones, R. & Pitt, N. (1999). Health surveys in the workplace: comparison of postal, email and World Wide Web methods. *Occup. Med.*, 49(8), 556-558.
- JUHTA. (2011). JHS 179 ICT-palvelujen kehittäminen: Kokonaisarkkitehtuurin kehittäminen. Haettu 13. 8 2015 osoitteesta <http://www.jhs-suositukset.fi/suomi/jhs179>
- Jyrkämä, J. (1995). "Rauhaisesti alas illan lepoon?". Tampere: Tampereen yliopisto.
- Jyrkämä, J. (2000). Toimintakyvyn semiotiikkaa. Toimintakyky, hyvinvointi ja elämänlaatu. Kuntokallio.
- Jyrkämä, J. (2007). Toimintakyky ja toimijuus – sosiaaligerontologian näkökulma. Teoksessa: T. Martelin & N. Kuosmanen, toim. Ikääntyminen ja toimintakyky: haasteet tutkimukselle (s. 31-35). Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisu 24/ 2007.
- Järvinen, P. & Järvinen, A. (2011). Tutkimustyön metodeista. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

- Kalliovalkama, K. (2005). Asiakkaaseen liittyvä tieto palveluasumisessa ja vanhainkodissa. Pro gradu -tutkielma, Kuopion yliopisto, Terveystieteiden ja talouden laitos, Kuopio.
- Kalpa, H. & Kuusisto-Niemi, S. (1997). Jäsenlleen tiedon avulla palveluketjujen hallintaan. Asiakas- ja potilasasiakirjaprojektin loppuraportti. Helsinki: Stakes.
- Kanta. (2009). Potilaskertomuksen ydintiedot 4.0. Haettu 4. 4 2014 osoitteesta www.kanta.fi/documents/10180/3437462/Ydintietomaaritykset.pdf
- Karjula, M. (10. 4 2013). Ikäihmisen vointi ei kohene levähtämällä. Akuutti. TV1.
- Karjula, M. (21. 2 2014). Paraneeko vanhan vointi levähtämällä? Haettu 10. 4 2014 osoitteesta <http://www.medi uutiset.fi/keskustelutjamelipiteet/kolumnit/paraneeko+vanhan+vointi+levahtamalla>
- King, C. & Macmillan, M. (1994). Documentation and discharge planning for elderly patients. *Nursing times*, 90(20), 31-33.
- Kinnunen, J. & Vuori, J. (2005). Terveystenhuollon johtamiskulttuurin holistinen malli. Teoksessa: J. Vuori, toim. Terveyst ja johtaminen. Terveysthallintotiede terveystenhuollon työyhteisössä. (s. 192-217). Helsinki: WSOY.
- Kirves, K. (2013). Määrälliseen aineistoon perustuvien tutkielmien menetelmäöpas. Haettu 14. 5 2015 osoitteesta <http://www.uta.fi/yky/psy/kaytannot/index/Menetelmaopas%202013-1.pdf>
- Kivelä, M. (1985). Vanhustenhoidon tavoitteet. Teoksessa: M. Kivelä & S.-L. Kivelä, *Aktivoiva vanhustenhoito* (s. 52-60). Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Kivelä, S.-L. (2005). Me, ikäntyminen ja lääkkeet. Helsinki: WSOY.
- Kivinen, T. (2008). Tiedon ja osaamisen johtaminen terveystenhuollon organisaatiossa. Kuopion yliopisto, Terveysthallinnon ja -talouden laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Kivinen, T. & Lammintakanen, J. (2013). The success of a management information system in health care - A case study from Finland. *International Journal of Medical Informatics*, 82(2), 90-97.
- Klemola, A. (2006). Omasta kodista hoitokotiin. Etnografia keskipohjalaisten vanhusten siirtymävaiheesta. Kuopion yliopisto, Yhteiskunta tieteellinen tiedekunta, Hoitotiede. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Koivula, R. (2013). Muistisairaahan ihmisen omaisena terveystkeskuksen pitkäaikaisosastolla - Tutkimus toimijuudesta. Haettu 14. 11 2014 osoitteesta <http://www.julkari.fi/handle/10024/104498>
- Koskinen, S. (1994). Gerontologinen sosiaalityö vanhuspolitiikan mikrorakenteena. Rovaniemi: Lapin yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta.

- Koskinen, S. (2003). Gerontologinen sosiaalityö. Teoksessa: E. Heikkinen & T. Rantanen, toim. Gerontologia (s. 351–362). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Koskinen, S.; Martelin, T.; Sainio, P. (2007). Iäkkäiden toimintakyky: ulottuvuudet, viimeaikaiset muutokset ja kehitysnäkymät. Teoksessa: T. Martelin & N. Kuosmanen, toim. Ikääntyminen ja toimintakyky: haasteet tutkimukselle (s. 15–25). Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 24/ 2007.
- Koskinen, S.; Ahonen, S.; Jylhä, M.; Korhonen, A.-L. & Paunonen, M. (1988). Vanhustyö. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- Kossman, S. & Scheidenhelm, S. (2008). Nurses perceptions of the impact of electronic health records on work and patient outcomes. *Computers, Informatics, Nursing*, 26(2), 69–77.
- Kouvola. (2014). Kotihoidon palvelusisältö ja myöntämisen perusteet 1.1.2014 alkaen. Haettu 14. 4 2014 osoitteesta http://www.kouvola.fi/material/attachments/hyvinvointipalvelut/aj8IY46EX/Kotihoidon_palvelusis_ja_myontperust2014.pdf
- Kuhn, T. (1994). Tieteellisten vallankumousten rakenne. (K. Pietiläinen, Käänt.) Art House Oy.
- Kuntaliitto. (2012). Palveluasumisen järjestäminen ja kilpailuttaminen. Haettu 12. 11 2015 osoitteesta http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2771
- Kuntaliitto. (2013). Ikääntyneiden hyvinvointia edistävät kotikäynnit. Haettu 4. 4 2014 osoitteesta <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaaantyneet/neuvontapalvelut/kotikaynnit/Sivut/default.aspx>
- Kuntaliitto. (2014a). Kunnat.net. Haettu 8. 4 2014 osoitteesta <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tilastot/Sivut/default.aspx>
- Kuntaliitto. (2014b). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen 2014. Haettu 2. 2 2015 osoitteesta <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/hallinto-jarjestaminen-tuottaminen/hallinto/sotehallinto2014/Sivut/default.aspx>
- Kuopio. (2009). Ikäystävällinen Kuopio - ohjelma vuosille 2009-2030. Haettu 20. 8 2015 osoitteesta http://www.kuopio.fi/c/document_library/get_file?uuid=ab73c78e-acc5-4b0d-b050-426eb046f63c&groupId=12167
- Kuopio. (2014). www.kuopio.fi. Haettu 15. 4 2014 osoitteesta http://www.kuopio.fi/documents/12153/2320178/LIITE+9+Kotihoidon+palvelukuvaus_12.6.pdf
- Kuorikoski, J. (2006). Syyt ja vaikutukset kvantitatiivisessa liiketaloustieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa: K. Rolin; M.-L. Kakkuri-Knuuttila & E. Henttonen, toim. Soveltava yhteiskuntatiede ja filosofia (s. 88–110). Helsinki: Gaudeamus.

- Kuula, A. (2006). Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. (2007). Laadullinen terveystutkimus (1 p.). Helsinki: Edita Prima Oy.
- Käypä Hoito. (2010). Muistisairaudet. Haettu 8. 4 2014 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50044.pdf>
- Lahti. (2014). Haettu 16. 7 2014 osoitteesta <http://www.lahti.fi/www/cms.nsf/pages/CAB2F5E864E595FFC2256F2200372B7A>
- Laine, J.;Noro, A.;Finne-Soveri, H. & Häkkinen, U. (2005). Patient- and ward-level determinants of nursing time in nursing facilities. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(4), 226–231.
- Laine, J.; Rajala, T.; Lahtinen, Y.; Noro, A.; Finne-Soveri, H.;Talvinko, T. & Valvanne, J. (2007). Selittääkö fyysinen toimintakyky asiakkaan saamaa hoitoaikaa vanhusten laitoshoidossa? RAVA-indeksin ja RAI-järjestelmän hierarkkisen toimintakykymittarin vertailu. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 44, 153–162.
- Laine, T. (2010). Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa: J. Aaltola & R. Valli, toim. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II (3. p., s. 28–45). Juva: PS-kustannus.
- Laki 1301/2014. (2014). Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Haettu 14. 2 2015 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>
- Laki 1326/2010. (2010). Terveystenhuoltolaki 1326/2010. Haettu 14. 2 2015 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Laki 254/2015. (2015). Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista. Haettu 21. 5 2015 osoitteesta <http://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2015/20150254>
- Laki 380/1987. (1987). Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987. Haettu 15. 7 2014 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870380>
- Laki 570/2007. (2007). Laki vammaisuuksista 570/2007. Haettu 16. 7 2014 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070570#L2P9>
- Laki 66/1972. (1972). Kansanterveyslaki 66/1972. Haettu 16. 7 2014 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>
- Laki 731/1999. (1999). Suomen perustuslaki 731/1999. Haettu 14. 7 2014 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- Laki 733/1992. (1992). Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 733/1992. Haettu 14. 7 2014 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920733>
- Laki 811/2000. (2000). Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta 811/2000. Haettu 6. 4 2014 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000811>

- Laki 812/2000. (2000). Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. Haettu 3. 4 2014 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>
- Laki 922/2011. (2011). Laki yksityisistä sosiaalipalveluista 922/2011. Haettu 20. 7 2014 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110922>
- Laki 980/2012. (2012). Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista. Haettu 1. 9 2013 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Lammintakanen, J.; Saranto, K. & Kivinen, T. (2010). Use of electronic information systems in nursing management. *International Journal of Medical Informatics*, 79(5), 324–331.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. (2001). Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: S. Janhonen & M. Nikkonen, toim. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä (s. 21–43). Helsinki: WSOY.
- Laukkanen, P. (2001). Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Mittaaminen ja käyttö vanhustenhuollon arvioinnissa. Teoksessa: S. Talo, toim. Toimintakyky–viitekehuksesta arviointiin ja mittaamiseen. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49. (s. 93–106). Turku: Kela.
- Laukkanen, P. (2003). Toimintakyky ja ikääntyminen - käsitteestä ja viitekehuksesta päivittäistoiminnoista selviytyminen arviointiin. Teoksessa: E. Heikkinen & T. Rantanen, toim. Gerontologia (s. 255–265). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Laurila, J. (3. 3 2015). Toimintakykykartoituksen historia. (L. Klemola, Haastattelija) Seinäjoki.
- Lehtonen, A.; Kurra, L. & Viinikainen, K. (1991). Kotipalvelun menestystarina. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus.
- Leininger, M. (1985). *Ethnography and Ethnonursing: Models and Modes of Qualitative Data Analysis*. Teoksessa: M. Leininger, toim. *Qualitative Research Methods in Nursing* (s. 33–72). W.B. Saunders Company.
- Lente, E. & Power, M. (2014). Standardising assessment instruments and care planning in Ireland . *Quality in Ageing and Older Adults*, 15(1), 46–60.
- Liikanen, H. & Virtanen, K. (2002). Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset saumattomia palveluketjuja kehittämässä. Teoksessa: J. Ohtonen, toim. Satakunnan Makropilotti: tulosten arviointi (s. 73–97).
- Lilja, N. (2011). Keskusteluanalyysi ja kielen oppimisen tutkimus. Teoksessa: R. Kalaja; R. Alanen & H. Dufva, toim. *Kieltä tutkimassa. Tutkielman laatijan opas* (s. 68–87). Helsinki: Finn Lectura.
- Liljamo, P.; Kinnunen, U.-M. & Ensio, A. (2012). *FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas*. Haettu 13. 8 2014 osoitteesta http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/URN_ISBN_978-952-245-675-5.pdf

- Lin, S.; Whitlock, E.; Ecstrom, E.; Fu, R.; Perdue, L.; Beil, T. & Leipzig, R. (2012). Challenges in Synthesizing and Interpreting the Evidence from a Systematic Review of Multifactorial Interventions to Prevent Functional Decline in Older Adults. 60(11), 2157-2166.
- Lindman, K. (2009). Geriatristen potilaiden hoitotietojen kirjaaminen. Pro gradu-tutkielma, Kuopion yliopisto, Terveystieteiden ja -taloudenlaitos, Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto.
- Lukkarinen, H. & Lepola, I. (2003). Metodologinen triangulaatio - tutkimuskohteen sisällöllisen kokonaisuuden hahmottaminen ja validiteetin vahvistaminen. *Hoitotiede*, 15(5), 202-213.
- Lumijärvi, I. (1994). Laadun arviointi sosiaali- ja terveystieteiden palveluyksiköissä. Vaasa: Vaasan yliopisto, tutkimuksia no 186.
- Maas, H. & Polansky, N. (1960). Collecting Original Data. Teoksessa: N. Polansky, toim. *Social Work Research* (s. 125-154). Chicago: The University of Chicago.
- MacIntosh-Murray, A. & Choo, C. (2006). Information Failures in Health Care. *Annual Review of Information Science and Technology*, 40(1), 357-90.
- Mahoney, F. & Barthel, D. (1965). [www.strokecenter.org](http://www.strokecenter.org/Haettu%2015.3.2014%20osoitteesta%20http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf). Haettu 15. 3 2014 osoitteesta http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf
- Makizako, H.; Shimada, H.; Doi, T.; Park, H.; Yoshida, D. & Suzuki, T. (2013). Six-Minute Walking Distance Correlated with Memory and Brain Volume in Older Adults with Mild Cognitive Impairment: A Voxel-Based Morphometry Study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 223-32.
- Matilainen, D. (2004). Rakkauden Ethos - uusvanha hoidollinen etiikka hoitamisen perusvoimana ja ytimenä. Teoksessa H. Kankare;P.-L. Hautala-Jylhä;& T. Munnukka (Toim.), *Lähimmäisenrakkauden puolustus - uusvanha näkökulma hoitotyöhön* (s. 31-55). Helsinki: Tammi.
- McDonagh, J. & Coghlan, D. (2001). The Art of Clinical Inquiry in Information Technology-related Change. Teoksessa: P. Reason & H. Bradbury, toim. *Handbook of Action Research* (s. 372-78). SAGE Publications Ltd.
- McDowell, I. (2006). *Measuring health : A Guide to Rating Scales and Questionnaires* (3. p.). New York: Oxford University Press.
- Metropolia. (2015). Gerontologinen hoitotyö. Opetussuunnitelma. Haettu 12. 11 2015 osoitteesta <http://opinto-opas-ops.metropolia.fi/index.php/fi/88094/fi/70320/SXO15S1/year/2015>
- Metsämuuronen, J. (2003). Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki: International Methelp Ky.
- Mikkola, M.;Rintanen, H.;Nuorteva, L.;Kovasin, M. & Erhola, M. (2015). Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon laitospaikkaselvitys. Haettu 11. 11 2015 osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-472-4>

- Miles, M. & Huberman, M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. SAGE Publications Ltd.
- Mitchell, M. & Miller, S. (2008). Executive Functioning and Observed Versus Self-Reported Measures on Functional ability. *The Clinical Neuropsychologist*, 22, 471-479.
- Monroe, M. (2012). Increasing Response Rates to Web-Based Surveys. *The Journal of Extension*, 50(6).
- Moreno, R.; Martínez, R. & Muñoz, J. (2006). New guidelines for developing multiple-choice items. *Methodology: European Journal of Research Methods for the Behavioral and Social Sciences*, 2(2), 65-72.
- Morris, J.; Hawes, C.; Fries, B.; Phillips, C.; Mor, V.; Katz, S.; Murphy, K.; Drugovich, M.L.; Friedlob, A. (1990). Designing the national resident assessment instrument for nursing homes. *Gerontologist*, 30(3), 293-307.
- Morris, J.; Fries, B. & Morris, S. (1999). Scaling ADLs Within the MDS. *Journal of Gerontology*, 54(11), M546-M553.
- Murto, J.; Pentala, O.; Junnila, M.; Kaikkonen, R.; Koponen, P.; Koskela, T.; Koskinen, S.; Luoma, M.-L.; Sainio, P. (2013). Ikääntyneiden kokemukset toimintakyvystään ja palveluiden saamisesta ennen vanhuspalvelulakia. Haettu 4. 4 2014 osoitteesta <http://www.terveytemme.fi/ath/vanhuspalvelulaki/>
- Muurinen, S. (2003). *Hoitotyö ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa*. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.
- Mäkelä, K. (1990). Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa: K. Mäkelä, toim. *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta* (s. 42-61). Helsinki: Gaudeamus.
- Mäkelä, M.; Autio, T.; Heinonen, H.; Holma, T.; Häkkinen, H.; Hänninen, T.; Pajala, S.; Sainio, P.; Schroderus, K.; Seppänen, M.; Sihvonen, S.; Stenholm, S.; Valkeinen, H. (2013). Suositus toimintakyvyn arvioinnista iäkkään väestön hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä. Haettu 28. 3 2014 osoitteesta <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/41/>
- Mäkelä, M.; Finne-Soveri, H.; & Noro, A. (2014). Kun laitoshoidon on saatavilla runsaasti, laitoksissa hoidetaan myös vanhuksia, jotka voisivat asua kotona. Haettu 12. 11 2015 osoitteesta http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120417/URN_ISBN_978-952-302-389-5.pdf
- Mäkelä, T.; Karisto, A.; Valve, R. & Fogelholm, M. (2008). Kotona asumista tukevien palvelujen käyttö ikääntyneillä on ennakoitavissa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 73(6), 609-24.
- Mäkitalo, J. (2001). Toimintakyky ja toiminnan teoria. Teoksessa: S. Talo, toim. *Toimintakyky-viitekehiksestä arviointiin ja mittaamiseen*. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49 (s. 65-92). Turku: Kela.

- Nelliportaali. (2014). www.uef.fi. Haettu 11. 3 2014 osoitteesta <http://www.nelliportaali.fi/V/>
- Niiniluoto, I. (1980). Johdatus tieteenfilosofiaan. Helsinki: Otava.
- Niiniluoto, I. (1989). Informaatio, tieto ja yhteiskunta, filosofinen käsiteanalyysi. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Niiniluoto, I. (2003). Totuuden rakastaminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Niiniluoto, I; Haaparanta, L. (1998). Johdatus tieteelliseen ajatteluun. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Niiranen, P. & Paukku, S. (2011). Hyvinvointia edistävien kotikäyntien tiedonhallinnan kehittäminen Seinäjoen ikäkeskuksessa. Seinäjoki: Ikäkaste / Etelä-Pohjanmaan Vanhustyön kehittämiskeskushanke & Ikäkeskus.
- Nonaka, I. & Takeuchi, H. (1995). The Knowledge-Creating Company. Oxford University Press.
- Noro, A. (2005). Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Haettu 15. 8 2014 osoitteesta <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77767/RAIraportti.pdf>
- Noro, A. (2015). Pilotista kansalliseksi tavaksi toimia. (R. Heikkilä;& M. Mäkelä, Toim.) Haettu 11. 11 2015 osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-478-6>
- Noro, A.; Finne-Soveri, H.; Björkgren, M.; Häkkinen, U.; Laine, J.; Vähäkangas, P.; Kerppilä, S.; Storbacka, R. (2001). RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking. Haettu 31. 3 2014 osoitteesta www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75997/Aiheita17-2001.pdf
- Nummenmaa, L.; Holopainen, M. & Pulkkinen, P. (2014). Tilastollisten menetelmien perusteet. Helsinki: SanomaPro Oy.
- Nummijoki, J. (2001). Kotiharjoittelun ja kuntosaliharjoittelun vaikutuksia ikääntyneiden toiminta- ja liikkumiskykyyn. Pro gradu-tutkielma, Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos, Jyväskylä.
- Oikarinen, A.; Sinisammal, J.; Tornberg, V. & Väyrynen, S. (Toim.). (1998). Geronteknologian perusteita ja sovelluksia. Oulu: Oulun yliopisto.
- Ojala, M. (2003). Toimintaedellytystieto ja sen hyödyntäminen. Helsinki: Stakes.
- Olin, R.; Pekola-Sjöblom, M. & Sjöblom, S. (2004). Asiakkaat arvioitsijoina. Asiakkaiden tyytyväisyys kunnallisiin palveluihin 2003. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Opetushallitus. (2010). Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja. Haettu 12. 11 2015 osoitteesta http://www.opi.fi/download/124811_SoTe.pdf
- Orlikowski, W. (1992). The Duality of Technology: Rethinking the Concept of Technology in Organizations. *Organization Science*, 3(3), 398–427.
- Ottensbacher, K. (1996). The Reliability of the Functional Independence Measure: A Quantitative Review. *Arch Phys Med Rehabil*, 77, 1226–1232.

- Ozkaynak, M. & Brennan, P. (2012). Revisiting sociotechnical systems in a case of unreported use of health information exchange system in three hospital emergency departments. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19(2), 370-373.
- Pajala, S. (2012). Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Haettu 8. 4 2014 osoitteesta <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79998/923b49af-ca1a-4c44-a14c-505319cac74e.pdf>
- Pakizeh, A.; Gebauer, J. & Maio, G. (2007). Basic human values: Inter-value structure in memory. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43, s. 458-465.
- Pakkala, I.; Read, S.; Leinonen, R.; Hirvensalo, M.; Lintunen, T. & Rantanen, T. (2008). The effects of physical activity counseling on mood among 75-81-year old people: A randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 46, 412-418.
- Peräkylä, A. (1998). Reliability and Validity in Research Based on Tapes and Transcripts. Teoksessa: D. Silverman, toim. *Qualitative Research-Theory, Method and Practice* (s. 201-220). SAGE Publications Ltd.
- Pietarinen, J. (2015). Etiikka. Haettu 5. 5 2015 osoitteesta <http://filosofia.fi/node/6985>
- Pitkälä, K.; Valvanne, J. & Huusko, T. (2010). Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa: R. Tilvis; K. Pitkälä; T. Strandberg; R. Sulkava & M. Viitanen, toim. *Geriatria* (s. 438-444). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Preyde, M. & Brassard, K. (2011). Evidence-based Risk Factors for Adverse Health Outcomes in Older Patients after Discharge Home and Assessment Tool: A Systematic Review. *Journal of Evidence-Based Social Work*(8), 445-468.
- PsyLi. (2013). Suomen Psykologiliitto. Haettu 8. 4 2014 osoitteesta Kognitiivinen toimintakyky määrittää asiakkaan itsemääräämisoikeuden: <http://www.psyli.fi/>
- Pulkkinen, M.-L. (2000). Hoitoisuuden arviointi erikoissairaanhoidossa. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos. Turku: Turun yliopisto.
- Puohiniemi, M. (1995). Values, Consumer Attitudes and Behaviour. Helsingin yliopisto, Sosiaalipsykologian laitos. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Puohiniemi, M. (2002). Arvot, asenteet ja ajankuva. Vantaa: Limor kustannus.
- Päivärinta, E. & Haverinen, R. (2002). Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Stakes, Suomen Kuntaliitto.
- Pöyry, P. & Perälä, M. (2003). Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palveluiden saumakohdissa. Haettu 11. 11 2015 osoitteesta <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Aiheita18-2003.pdf>
- Raatikainen, P. (2006). Voiko ihmistiede olla arvovapaata? Teoksessa: J. Hallamaa; V. Launis; S. Lötjönen & O. Löytty, toim. *Etiikkaa ihmistieteille* (s. 93-107). Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

- Rajala, T. (2007). Sairauksien ehkäisy ja toimintakyvyn ylläpitäminen. Haettu 28. 3 2014 osoitteesta
http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Sairauksien_ehk%C3%A4isy_ja_toimintakyvyn_yll%C3%A4pit%C3%A4minen
- Rajala, T.; Lahtinen, Y.; Paunio, P. (2001). Suurten kaupunkien 2. RAVA - tutkimus. Vanhuksien toimintakyky ja avun tarve. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Rassin, M. (2008). Nurses' professional and Personal Values. *Nursing Ethics*, 15(5), 614-630.
- Rautava, P.; Salanterä, S.; Helenius, H.; Tofferi, H. (2009). Vaikuttavuuden mittaaminen ja palvelujärjestelmätutkimus. Haettu 30. 8 2015 osoitteesta
http://www.turkucrc.fi/files/163/vaikuttavuus_20090810.pdf
- Ravaud, J.; Delcey, M. & Yelnik, A. (1999). Construct Validity of the Functional Indepence Measure (FIM): Questioning the Unidimensionality of the Scale and the "Value" of FIM Scores . *Scand J Rehab Med*, 31, 31-41.
- Reponen, J.; Kangas, M.; Hämäläinen, P. & Keränen, N. (2015). Tieto- ja viestintäteknologiantäeknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2014. Tilanne ja kehityksen suunta. Haettu 20. 8 2015 osoitteesta
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126470/URN_ISBN_978-952-302-486-1.pdf
- Reynolds, N. & Diamantopoulos, A. (1998). The effect of pretest method on error detection rates. *Experimental evidence. European Journal of Marketing*, 32(5/6), 480-498.
- Rissanen, P. (2003). Hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Teoksessa: T. Kallanranta; P. Rissanen & I. Vilkkumaa, toim. Kuntoutus (s. 502-509). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Rissanen, S. (1999). Omaishoito ja hoivayritykset vanhusten huolenpidon ratkaisuna. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Robinson, A. & Street, A. (2004). Improving networks between acute care nurses and an aged care assessment team. *Journal of Clinical Nursing*, 13(4), 486-496.
- Robson, C. (2001). Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Tammi.
- Rokeach, M. (1972). Beliefs, Attitudes and Values. A Theory of Organization and Change. Jossey-Bass Inc. Publishers.
- Rokstad, A.; Vatne, S.; Engedal, K. & Selbæk, G. (2013). The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes. *Journal of Nursing Management*, 23(1), 15-26.
- Rolin, K. (2006). Voiko soveltava yhteiskuntatiede olla arvovapaata? Teoksessa: K. Rolin; M.-L. Kakkuri-Knuuttila & E. Henttonen, toim. Soveltava yhteiskuntatiede ja filosofia (s. 16-35). Helsinki: Gaudeamus.

- Rolin, K.; Kakkuri-Knuuttila, M.-L. & Henttonen, E. (2006). Johdanto. Teoksessa: K. Rolin; M.-L. Kakkuri-Knuuttila & E. Henttonen, toim. Soveltava yhteiskuntatiede ja filosofia (s. 7-15). Helsinki: Gaudeamus.
- Rosendahl, M. (2001). Dementoituvien henkilöiden päivätoiminta kotihoidon tukena. Teoksessa: S. Heimonen & P. Voutilainen, toim. Dementoituvan hoitopolku (s. 76-90). Helsinki: Tammi.
- Ruland, C. (1999). Decision Support for Patient Preference-based Care Planning. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 6(4), 304-312.
- Russell, B. (2001). Länsimaisen filosofian historia 2 (10 p.). Helsinki: WSOY.
- Räsänen, H. (2005). Henkilökunnan kokemuksia hoidon seurantajärjestelmän (RAI) käytettävyydestä vanhusten pitkäaikaishoidossa. Pro gradu-tutkielma, Kuopion yliopisto, Terveystieteiden ja -talouden laitos, Kuopio.
- Räsänen, H. (2007). Kokemuksia vanhustenhuollon vertailukehittämisestä ja RAI-tietojärjestelmästä, Porvoon kotihoidossa. Teoksessa: Itkonen, K. Lindman, H. Corin & A. Noro, toim. Haettu 14. 8 2014 osoitteesta <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/74989/T8-2007-VERKKO.pdf>
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. (2006). KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Haettu 27. 7 2015 osoitteesta http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3_2.html
- Saarnio, R. (2009). Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Haettu 14. 11 2014 osoitteesta <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514292088/isbn9789514292088.pdf>
- Sainsbury, A.; Seebass, G.; Bansal, A. & Young, J. (2005). Reliability of the Barthel Index when used with older people. *Age and Ageing*, 34.
- Sajavaara, P. (2000). Tyyli ja kieliasu. Teoksessa: S. Hirsjärvi; P. Remes & P. Sajavaara, Tutki ja kirjoita (6 p.). Helsinki: Tammi.
- Saranto, K. & Kuusisto-Niemi, S. (2012). Tiedonhallinnan koulutusohjelma arvioitavana. *FinJeHeW*, 4(2), 140-144.
- Saranto, K. & Ikonen, H. (2007). Kirjaaminen hoidon laatutekijänä. Teoksessa: S. K.; A. Ensio; K. Tantt & A.-L. Sonninen, *Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen* (s. 187-195). Helsinki: WSOY.
- Saranummi, N.; Topo, P. & Kahri, P. (2007). Palveluinnovaatiot ja tekniset innovaatiot kotona selviytymisen tukijoina. Teoksessa: T. Martelin & N. Kuosmanen, toim. Ikääntyminen ja toimintakyky: haasteet tutkimukselle (s. 43-47). Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 24/2007.
- Schein, E. (1987). Organisaatiokulttuuri ja johtaminen. Espoo: Weilin + Göös.
- Schneider, D.; Fries, B.; Foley, W.; Desmond, M.; & Gormley, W. (1988). Case mix for nursing home payment: Resource utilization groups, version II. *Health Care Financ Rev*, 39-52.

- Schoene, D.; Wu, S.; Mikolaizak, S.; Menant, J.; Smith, S.; Delbaere, K. & Lord, S. (2013). Discriminative Ability and Predictive Validity of the Timed Up and Go Test in Identifying Older People Who Fall: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of American Geriatrics Society*, 61(2).
- Schwartz, S. (2011). Kulttuuriset arvo-orientaatiot. Kansallisten erojen luonne ja seuraukset. (M. Puohiniemi, Käänt.) Espoo: Limor-kustannus.
- Schwartz, S. & Boehnke, K. (2004). Evaluating the structure of human values with confirmatory factor analysis. *Journal of Research in Personality*, 38(3), s. 230-255.
- Scriven, M. (1997). Truth and Objectivity in Evaluation. Teoksessa E. Chelimsky;& W. Shadish (Toim.), *Evaluation for the 21th Century* (s. 477-500). SAGE Publications Ltd.
- Seedhouse, D. (2009). *Ethics. The Heart of Health Care*. Wiley-Blackwell.
- Seppänen, M. & Koskinen, S. (2010). Ikääntymispolitiikka. Teoksessa: P. Niemelä, toim. Hyvinvointipolitiikka (s. 388-414). Helsinki: WSOYpro Oy.
- Sgadari, A.; Morris, J.; Fries, B.; Ljunggren, G.; Jonsson, P.; DuPaquier, J. & Schroll, M. (1997). Efforts to establish the reliability of the Resident Assessment Instrument. *Age and Ageing*, 26-S2, 27-30.
- Shelkey, M. & Wallace, M. (2012). Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). Haettu 28. 3 2014 osoitteesta http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_2.pdf
- SHL. (1996). Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Haettu 14. 7 2014 osoitteesta Sairaanhoitajan eettiset ohjeet: https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/
- Silva, M. (1990). *Ethical Frameworks Shaping Health Care Delivery*. Teoksessa: J. Dienemann, toim. *Nursing Administration. Strategic Perspectives and Application* (s. 3-28). Appleton & Lange.
- Simon, H. (1979). *Päätöksenteko ja hallinto*. Espoo: Weilin+Göös.
- Sinkkonen, S. & Kinnunen, J. (1994). *Arviointi ja seuranta julkisella sektorilla*. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Sokka, L.; Klemola, L. & Valta, M. (2012). Koulutuksen vaikutus RAVA-arviointeihin. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*, 4(2).
- Somersaari, K. (2013). Ikääntynyt lonkkamurtumapotilas turvallisesti kotiin. Opinnäytetyö YMK, Metropolia Ammattikorkeakoulu, Kuntoutuksen koulutusohjelma, Helsinki.
- Sonninen, A.-L. (2007). Termistöjen käyttö kirjaamisessa. Teoksessa: K. Saranto; A. Ensio; K. Tanttu & A.-L. Sonninen, *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen* (s. 88-94). Helsinki: WSOY.
- Sotkanet. (2014). Haettu 15. 7 2014 osoitteesta <http://uusi.sotkanet.fi/>
- STM. (1993). *Terveyttä kaikille vuoteen 2000*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

- STM. (2006). Kuntatiedote. Ikäihmisen toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Haettu 8. 11 2013 osoitteesta <https://www.thl.fi/documents/470564/817072/ik%C3%A4ihmisten%2Btoimintakyvyn%2Barviointi%2Bstm.pdf/c83229a7-1869-4378-bbf9-3814970a220b>
- STM. (2008a). Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Haettu 2. 9 2012 osoitteesta http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1063089
- STM. (2008b). Neuvonta- ja palveluverkosto ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä. Helsinki: STM.
- STM. (2010). Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveystalouden strategia. Haettu 26. 8 2015 osoitteesta <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112320/URN%3aNBN%3afi-fe201504223250.pdf?sequence=1>
- STM. (2011). Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Ikähoiva-työryhmän muistio. Haettu 12. 11 2015 osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3075-9>
- STM. (2013). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Haettu 2. 1 2014 osoitteesta http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf
- STM. (2014). Haettu 14. 7 2014 osoitteesta http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/lainsaadanto
- STM & Kuntaliitto. (2013). Vanhuspalvelulaki, Muistio lain toimeenpanon ja tulkinnan tueksi. Haettu 4. 4 2014 osoitteesta http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=7724561&name=DLFE-26865.pdf
- Styles, M. (1990). Hoitotyön uudet mahdollisuudet. Helsinki: Kirjayhtymä.
- SUPER. (2009). Lähihoitajien eettiset ohjeet. Haettu 14. 7 2014 osoitteesta http://www.superliitto.fi/site/assets/files/4599/9938_super_lahihoitajan_eettiset_ohjeet2013.pdf
- SUPER. (2015). "Asiakkaat ovat ihmisiä - eivät prosentteja". Selvitys superilaisten työstä kotihoidossa ja kotihoitotyön kehittämisessä. Haettu 16. 2 2015 osoitteesta http://www.superliitto.fi/site/assets/files/4691/kotihoitoselvitys_nettiin.pdf
- Sydänmaalakka, P. (2001). Älykäs organisaatio. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Tala, J. (2005). Lakien laadinta ja vaikutukset. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Tampere. (2014). Kotihoito. Haettu 15. 4 2014 osoitteesta <http://www.tampere.fi/perhejasosiaalipalvelut/ikaihmiset/kotonaasuvall/e/kotihoito.html>
- Tanttu, K. (2007). Hoitotiedon käytön malli. Teoksessa: K. Saranto; A. Ensio; K. Tanttu & A.-L. Sonninen, Hoito tietojen systemaattinen kirjaaminen (s. 179-186). Helsinki: WSOY.

- Tarhonen, T. (2013). Gerontologinen osaaminen hoitotyössä. Pro gradu-tutkielma, Itä-Suomen yliopisto, Hoitotieteen laitos, Kuopio.
- Taunton, R.; Piamjariyakul, U.; Gajewski, B.; Lee, R. & Bott, M. (2008). Care Planning Integrity in Nursing Facilities. *Nurs Res*, 57(4), 271-282.
- Taunton, R.; Swagerty, D.; Smith, B.; Lasseeter, J. & Lee, R. (2004). Care planning for nursing home residents: Incorporating the Minimum Data Set requirements into practice. *Journal of gerontological nursing*, 30(12), 40-49.
- TENK. (2009). Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Haettu 12. 11 2015 osoitteesta <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>
- Tepponen, M. (2009). Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion Yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopio: Kuopion Yliopisto.
- THL. (2005). Sosiaalihuollon tietoteknologiahanke. Selvitys sosiaalihuollossa käytettävistä termeistä. Haettu 10. 11 2015 osoitteesta <http://www.thl.fi/attachments/tiedonhallinta/Termiselvitys.pdf>
- THL. (2010). Selvitys palvelukohtaisista asiakastiedoista vammaisten, ikäihmisten ja päihteiden ongelmakäyttäjien sosiaalipalveluissa. Haettu 11. 11 2015 osoitteesta <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085332>
- THL. (2011). Tautiluokitus ICD-10. Haettu 15. 7 2015 osoitteesta <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085423>
- THL. (2013a). Vanhuspalvelulain vaikutusten seurantaindikaattorit. Haettu 3. 9 2014 osoitteesta <http://www.terveytemme.fi/ath/vanhuspalvelulaki/tulokset/notes/notes.htm>
- THL. (2013b). RAI-vertailukehittäminen. RAI-palauteraportin lukuohje, ympärivuorokautinen hoito (RAI-LTC). Haettu 15. 5 2015 osoitteesta http://www.thl.fi/attachments/rai/RAI_LTC_palauteraportin_lukuohje_2012.pdf
- THL. (2014a). Haettu 2. 1 2014 osoitteesta http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/palvelut/koodistopalvelu
- THL. (2014b). Ikääntyneiden palvelut 2010 – Kuntakyselyn osaraportti. Haettu 3. 1 2014 osoitteesta http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/aikuisten_sosiaalipalvelut/tilastokysely/ikaantyneiden_palvelut
- THL. (2014c). Hyvinvointia edistävät kotikäynnit. Haettu 1. 4 2014 osoitteesta http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/kotikaynnit/seuranta/hyodynnys
- THL. (2014d). Terveystieteiden rakenteiden kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Osa 1. (J. Lehtovirta & R. Vuokko, Toimittajat) Haettu 14. 7 2014 osoitteesta

- http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110913/URN_ISBN_978-952-302-108-2.pdf
- THL. (2014e). Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2013. Haettu 16. 2 2015 osoitteesta
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116715/Tr22_14.pdf?sequence=3
- THL. (2014f). Audit. Haettu 14. 4 2014 osoitteesta
<https://www.thl.fi/documents/732587/741891/Audit.pdf>
- THL. (2014g). RAI. Haettu 20. 3 2014 osoitteesta
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai/tietoa/mika_on_rai
- THL. (2014h). HILMO. Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitus. Määrittelyt ja ohjeistus. Haettu 11. 11 2015 osoitteesta
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116908/Hilmo-ohjekirja%202015.pdf>
- THL. (2015a). ICF-luokituksen hierarkkinen rakenne ja koodit. Haettu 13. 8 2015 osoitteesta <https://www.thl.fi/documents/974257/1449823/ICF-luokituksen-rakenne.pdf/05d1680e-9f07-484c-82f0-814e9d0ffe90>
- THL. (2015b). ICF-luokitus. Haettu 19. 8 2015 osoitteesta
<https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>
- THL & Valvira. (2014). Kotihoitoa tarjoavat toimintayksiköt vuonna 2013 - Tiedonkeruu ja tulokset tilanteesta ennen vanhuspalvelulain toimeenpanoa. Haettu 30. 8 2014 osoitteesta
<http://www.thl.fi/attachments/vanhuspalvelulainseuranta/index.html>
- THL & Valvira. (2015). Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta 2014: Kotihoidon toimintayksikkökysely. Yhteenvetotulokset Manner-Suomi, aluehallintovirasto ja maakunta-tasoilla vuosien 2013 ja 2014 seurannoista. Haettu 26. 8 2015 osoitteesta
<http://www.thl.fi/attachments/vanhuspalvelulainseuranta/kotihoito/2014/index.html>
- Tiikkainen, P. (2013). Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa: E. Heikkinen; J. Jyrkämä & T. Rantanen, toim. Gerontologia (s. 284–290). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Tikkanen, P. (2015). Physical Functioning among Community-Dwelling Older People. Terveystieteiden tiedekunta. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.
- Tilastokeskus. (2008). Toimialaluokitus 2008. Haettu 16. 2 2015 osoitteesta
<http://www.tilastokeskus.fi/meta/luokitukset/toimiala/001-2008/87101.html>
- Tilastokeskus. (2012). Väestöennuste 2009 koko maa, 2009-2060. Haettu 2. 9 2012 osoitteesta http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_fi.pdf
- Tilastokeskus. (2013). Suuralueet. Haettu 10. 5 2014 osoitteesta
<https://www.tilastokeskus.fi/meta/luokitukset/suuralue/001-2015/index.html>

- Tilastokeskus. (2014). Väestö. Haettu 15. 8 2014 osoitteesta
https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html
- Tilvis, R. (2010). Vanhukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa: R. Tilvis;K. Pitkälä;T. Strandberg;R. Sulkava & M. Viitanen, toim. Geriatria (s. 63-71). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Toimia. (2014a). Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Haettu 14. 3 2014 osoitteesta
<http://www.thl.fi/toimia/>
- Toimia. (2014b). Toimintakyvyn kartoitus iäkkään väestön hyvinvointia edistävissä palveluissa. Haettu 14. 3 2014 osoitteesta
http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2013/12/18/TOIMIA_kyselylomake_toimintakyvyn_kartoitus_iakkaan_vaeston_hyv_invoitia_edistavissa_paveluissa.pdf
- Toivonen, T. (1999). Empiirinen sosiaalitutkimus. Filosofia ja metodologia. Porvoo: WSOY.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2002). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Turjamaa, R. (2014). Iäkkäiden ihmisten yksilölliset voimavarat ja niiden huomioiminen kotihoidossa. Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.
- Turunen, H. (1994). Hyvä hoitotyö. Teoksessa: P. Voutilainen & K. Laaksonen, toim. Potilaskeskeinen hoitotyö, askel eteenpäin (s. 33-46). Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Turunen, K. (1993). Arvojen todellisuus. Johdatus arvokasvatukseen. Helsinki: SHKS, Atena Kustannus Oy.
- Turunen, K. (1995). Tieto ja tiede. Jyväskylä: Atena kustannus Oy.
- Töttö, P. (1997). Pirallinen positivismi. kysymyksiä laadulliselle tutkimukselle. Jyväskylä: Kampuskustannus.
- Töttö, P. (2012). Paljonko on paljon? Luvuilla argumentoinnista empiirisessä tutkimuksessa. Tampere: Vastapaino.
- UDSMR. (2014). Uniform Data System for Medical Rehabilitation. The FIM Instrument: Its Background, Structure, and Usefulness. Haettu 11. 11 2015 osoitteesta
http://www.udsmr.org/Documents/The_FIM_Instrument_Background_Structure_and_Usefulness.pdf
- UEF. (2014). Itä-Suomen yliopisto. Haettu 8. 4 2014 osoitteesta Tutkimuksen eettinen ennakoarviointi: <http://www.uef.fi/fi/uef/eettinen-arviointi>
- Uhari, M. & Nieminen, P. (2012). Epidemiologia ja biostatistiikka (2 p.). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- UTA. (2004). Menetelmäopetuksen tietovaranto. Haettu 14. 4 2014 osoitteesta
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>
- UTA. (2013). Tutkittavien itsemääräämisoikeus. Haettu 27. 7 2015 osoitteesta
<http://www.uta.fi/tutkimus/etiikka/periaatteet/itsem.html>

- Vaarama, M. (1992). Vanhusten palvelujen tavoitteet ja todellisuus. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus.
- Vaarama, M. (1995). Vanhusten hoivapalvelujen tuloksellisuus hyvinvoinnin tuotanto-näkökulmasta. Lapin yliopisto: Stakes, Tutkimuksia-sarja nro 55.
- Vaarama, M. & Ylönen, L. (2006). Espoon kotihoidon ammatillinen laatu kirjaamisen perusteella. Haettu 25. 8 2014 osoitteesta <http://www.espoo.fi/download/noname/%257B519BB9BA-8703-4FFD-8B30-2F7F2F0C5A1D%257D/16884>
- Vaarama, M.; Luoma, M.-L.; Hertto, P.; Mikkilä, S.; Muurinen, S. & Manninen, O. (2006). Helsingin kotihoidon laatu ja kohdennustehokkuus sekä asiakkaiden elämänlaatu. Care Keys –projektin tutkimuksia. Haettu 30. 7 2014 osoitteesta http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/e3d246804a1563d89749f7b546fc4d01/06_4_hkotihoido.pdf?MOD=AJPERES
- Valli, R. (2010). Mitä numerot kertovat. Teoksessa: J. Aaltola & R. Valli, toim. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II (s. 222–250). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Valta, A. (2008). Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Valvanne, J. (2007). Vanhus potilaana. Haettu 28. 3 2014 osoitteesta http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhus_potilaana
- Valvira. (2014). Yksityisten sosiaalipalvelujen ja julkisten vanhuspalveluiden omavalvontasuunnitelman sisältöä, laatimista ja seurantaa koskeva määräys. Haettu 15. 8 2014 osoitteesta http://www.valvira.fi/files/tiedostot/m/a/Maarays_sosiaalipalvelujen_omavalvontasuunnitelma.pdf
- Vatanen, H.-M. (2012). Hoitotyön toimintojen opetus lähihoitajakoulutuksessa - analyysi lähihoitajien opetussuunnitelmista. Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta, Hoitotieteen laitos. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.
- Weis, D. & Schank, M. (2000). An instrument to measure professional nursing values. Journal of Nursing Scholarship, 32(2), 201–209.
- Weis, D. & Schank, M. (2002). Professional values: Key to professional development. Journal of Professional Nursing, 18(5), 271–275.
- Verkasalo, M. (1996). Values - Desired or Desirable. Helsingin yliopisto, Psykologian laitos. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Veteläsuu, R. (1981). Sairaanhoidon oppi. Helsinki: SHKS.
- WHO. (2007). Age-friendly cities material. Haettu 20. 8 2015 osoitteesta http://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_material/en/
- WHO. (2010). Dementia. A public health priority. Haettu 20. 8 2015 osoitteesta http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf

WHO. (2014). WHO Disability Assessment Schedule 2.0. Haettu 18. 3 2014 osoitteesta
<http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/index6.html>

WHO & Stakes. (2007). ICF, Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Helsinki: Stakes.

Winblad, I.;Reponen, J. & Hämäläinen, P. (2012). Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2011. Tilanne ja kehityksen suunta. Haettu 20. 8 2015 osoitteesta
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80372/825d0af8-f97c-4192-bf5b-ba5e1bf773aa.pdf>

Virnes, E. (2012). Palveluasuminen osana muuttuvia palvelurakenteita. Seminaariesitys. Kuntaliitto.

Virtanen, T. (1989). Informaation lajit ja tietohallinto. Hallinnon tutkimus(3), 180-212.

Wiseman, F. (2003). On the Reporting of Response Rates in Extension Research. Journal of Extension, 41(3).

Voutilainen, P. (1991). Hoitotyön laadun arviointimittarin (Monitor) teoreettisen ja sisällön validiteetin sekä mittarin kriteereiden konkreettisuuden ja selkeyden arviointi. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Voutilainen, P. (2001). Lyhytaikaishoito kotihoidon tukena Hallekodissa - Laatu dementoituvan hoitopolulle! Teoksessa: S. Heimonen & P. Voutilainen, toim. Dementoituvan hoitopolku (s. 106-116). Helsinki: Tammi.

Voutilainen, P. (2004). Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Helsinki: Stakes.

Voutilainen, P. (2007). Laatu laatusuosituksella. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi. Osa I: Selvityksen tausta, tavoitteet ja toteutus. (P. Voutilainen, Toim.) Haettu 1. 3 2015 osoitteesta <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75156/R2-2007-VERKKO.pdf>

Voutilainen, P. & Vaarama, M. (2007). Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Haettu 15. 5 2015 osoitteesta <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76960/Ra7-2005.pdf>

VTV. (2010). Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 214/2010. Vanhuspalvelut säännöllinen kotihoito. Haettu 12. 5 2014 osoitteesta https://www.vtv.fi/files/2407/Vanhuspalvelut_netti.pdf

Vähäkangas, P. (2010). Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Terveystieteiden tiedekunta, Oulu: Oulun yliopisto.

Vähäkangas, P.; Lindman, K. & Uusitalo, K. (2005). Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä.

- Laitoshoidossa olevan asiakkaan hoidon suunnittelu. (A. Noro;H. Finne-Soveri;M. Björkgren & P. Vähäkangas, Toim.) Haettu 26. 8 2014 osoitteesta
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77767/RAIraportti.pdf>
- Vähäkangas, P.;Niemelä, K.;& Noro, A. (2012). Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen - Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen. Haettu 11. 11 2015 osoitteesta
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-688-5>
- YK. (1948). Yhdistyneet Kansakunnat. Haettu 15. 7 2014 osoitteesta
<http://www.un.org/en/documents/udhr/>
- YLE. (2014). yle.fi. Haettu 12. 3 2014 osoitteesta http://yle.fi/uutiset/96-vuotias_ryhtyi_vanhustyon_vapaaehtoiseksi_erkki_pelastaa_paivan/7119880
- Ylinen, S. (2008). Gerontologinen sosiaalityö. Kuopion yliopisto, Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Üstün, TB.; Chatterij, S.; Kontanjsek, N.; Rehm, J.; Kennedy, C.; Epping-Jordan, J.; Saxeva, S.; von Korff, M.; Pull, C. (2010). Developing the World Health Disability Assessment Schedule 2.0. The Bulletin of the World Health Organization(88), 815-823.
- Øvretveit, J. (1998). Evaluating Health Interventions. Open University Press.

Liitteet

LIITE 1. ITÄ-SUOMEN YLIOPISTON TUTKIMUSEETTISEN TOIMIKUNNAN LAUSUNTO 16/2014.

Committee on Research Ethics

STATEMENT 16/2014

3 June 2014



UNIVERSITY
OF EASTERN
FINLAND

Statement of the University of Eastern Finland Committee on Research Ethics

The University of Eastern Finland Committee on Research Ethics has evaluated the ethical aspects of the research plan "Functional Ability Assessment and Information Use in the Elderly Services" proposed by Professor Kaija Saranto and MSc, doctoral student Liisa Klemola. The evaluation was carried out in the Committee meeting held on 22 May 2014 on the basis of the documents presented to the Committee (research plan and its appendices).

The Committee has evaluated the ethical aspects of the research plan and states that the proposed research is scientifically justified and the essential ethical aspects have been considered properly in the research plan. The University of Eastern Finland Committee on Research Ethics has decided to give a supporting statement for the proposed research.

Kuopio

3 June 2014

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Vilma Hänninen'.

Vilma Hänninen
Chair of the Committee
Professor

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Jarkko Tirronen'.

Jarkko Tirronen
Secretary of the Committee
Project Researcher

JOENSUU CAMPUS
P.O. BOX 111, FI-80101
JOENSUU, FINLAND
FAX: +358 17 251 2050

KUOPIO CAMPUS
P.O. BOX 1627, FI-70101
KUOPIO, FINLAND
FAX: +358 17 162 131

SAVONLINNA CAMPUS
P.O. BOX 86, FI-57101
SAVONLINNA, FINLAND
FAX: +358 15 531 060

Switchboard:
+358 294 45 1111

www.uef.fi

LIITE 2. KYSELYLOMAKE.

Arvoisa vastaanottaja,

Pyydän Sinua osallistumaan ikäihmisten toimintakykytiedon hyödyntämistä koskevaan tutkimukseen. Opinnäytetyön ohjaajina toimivat TtT, professori Kaija Saranto ja FT, tutkimus- ja kehittämispäällikkö Tuula Kivinen.

Tutkimuksen tavoitteena on saada selville kuinka ikäihmisten toimintakykyä mitataan ja mihin tarkoitukseen tietoa asiakkaiden toimintakyvystä hyödynnetään. Jokaisen vastaajan näkökulma ja mielipiteet ovat tutkimuksen onnistumisen kannalta tärkeitä. Tutkimuksessa ei ole oikeita tai vääriä vastauksia, vaan halutaan selvittää juuri sinun näkemyksesi asioista.

Tutkimuslupa on haettu organisaatiosi tutkimuksesta vastaavalta taholta ja tutkimuksen eettisyydestä on saatu ennakoarvointi Itä-Suomen yliopiston tutkimuseettiseltä toimikunnalta. Tutkimus on valtakunnallinen ja osallistumispyyntö on lähetetty usean paikkakunnan palveluntuottajille. Sähköpostiosoitteesi on saatu organisaatiosi edustajalta.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja voit vastata kyselyyn nimettömästi. Kyselyyn ei kerätä erillistä suostumusta, vaan vastaaminen toimii suostumuksena. Vastaamiseen menee n. 20 minuuttia. Sähköinen kysely ei tallenna sähköpostiosoitetta vastaukseen. Vastauksia käsitellään luottamuksellisesti eikä vastaajia voi tunnistaa. Tutkimuksessa ei kerätä arkaluontoisia tietoja vastaajasta tai asiakkaista.

Voit keskeyttää vastaamisen milloin vain ja jos haluat jatkaa myöhemmin, kirjoita sähköpostiosoitteesi pyydettyyn kohtaan. Saat ohjeet vastaamisen jatkamisesta sähköpostiisi. Voit halutessasi myös kieltäytyä osallistumisesta tutkimukseen, eikä kieltäytymistäsi raportoida esimiehillesi.

Aineistoa käsitellään ja säilytetään huolellisesti eikä sitä luovuteta ulkopuolisille. Tutkimusaineisto hävitetään viiden vuoden kuluttua siitä, kun tutkimus on valmis ja raportoitu. Tutkimuksen arvioitu valmistumisaika on syksyllä 2015.

Kyselyyn on aikaa vastata 16.2.2015 saakka.

Mikäli Sinulla on kysyttävää tutkimuksesta, voit lähettää sähköpostia tai soittaa minulle (yhteystiedot alla).

Kiitos yhteistyöstä!

Liisa Klemola
TtM, sh, tohtoriopiskelija
Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos
Yhteiskunta- ja kauppatieteiden tiedekunta
Itä-Suomen yliopisto
p. 044-54 68 451
liisaklemola@live.com

A Vastaajan taustatiedot

Seuraavassa kysytään taustatietojasi. Valitse pudotusvalikosta sopivin vaihtoehto. Jos vaihtoehtoja ei löydy sinulle sopivaa vaihtoehtoa, valitse kohta muu ja kirjoita vastaus sille varattuun kenttään.

1. Syntymävuotesi on	Valitse syntymävuosi
2. Sukupuolesi	1. nainen 2. mies
3a. Ammattisi	1. Perushoitaja 2. Lähihoitaja 3. Sairaanhoidaja 4. terveydenhoitaja 5. kotiaavustaja 6. kodinhoitaja 7. fysioterapeutti 8. Kuntohoitaja 9. palveluohjaaja 10. Osastonhoitaja 11. Muu ammatti
3b. Jos vastasit muu ammatti, mikä se on?	
4. Toimitko itse jonkun asiakkaan/ joidenkin asiakkaiden vastuuhoidajana?	1. Kyllä 2. En
5. Nykyisessä ammatissa työskentelyaika täysin vuosina (esim. 15 v)	Valitse työskentelyaikasi
6a. Työnantajasi on	1. Julkinen organisaatio (Kunta, Kaupunki) 2. Yksityinen organisaatio 3. Muu työnantaja
6b. Jos vastasit muu työnantaja, mikä se on?	
7a. Pääasiallinen työyksikkösi on	1. Kotipalvelu 2. Kotihoito 3. Kotisairaanhoido 4. Terveyskeskuksen avovastaanotto 5. Palvelutalo (henkilökunta läsnä aamu- ja iltavuorossa) 6. Tehostettu palvelutalo (henkilökunta läsnä ympäri vuorokauden) 7. Vanhainkoti 8. Terveyskeskussairaala 9. Muu työyksikkö
7b. Jos vastasit muu työyksikkö, mikä se on?	
8a. Paikkakunta, jossa työskentelet	1. Helsinki 2. Espoo 3. Tampere 4. Vantaa 5. Oulu 6. Turku 7. Jyväskylä 8. Kuopio 9. Lahti 10. Kouvolaa 11. Pori 12. Joensuu 13. Lappeenranta 14. Hämeenlinna 15. Vaasa 16. Rovaniemi 17. Seinäjoki 18. Kotka 19. Mikkeli 20. Salo 21. Muu paikkakunta
8b. Jos vastasit muu paikkakunta, mikä se on?	

B Toimintakyvyn arviointi

9a. Mikä mittari on organisaatiossani ensisijaisesti käytössä ikäihmisen toimintakyvyn arviointiin?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Barthel-indeksi 2. FIM-mittari 3. ICF 4. RAI 5. RAVA 6. Muu mittari
9b. Jos vastasit muu mittari, mikä se on?	
10. Onko sinut koulutettu edellä mainitun mittarin käyttöön?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Minut on koulutettu mittarin käyttöön ja osaan arvioida toimintakykyä luotettavasti 2. Minut on koulutettu mittarin käyttöön mutta osaamisessani olisi parantamisen varaa 3. Minua ei ole koulutettu mittarin käyttöön

Kuinka keräät asiakkaan toimintakykyyn liittyvää tietoa?

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
11. haastatteleamalla asiakasta					
12. haastatteleamalla asiakkaan omaisia/läheisiä					
13. havainnoimalla asiakkaan toimintaa					
14. eri testien avulla					

Ihmisen toimintakyky voidaan jakaa neljään osa-alueeseen, joita ovat fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja kognitiivinen osa-alue. Toimintakyvyn osa-alueista saat tarvittaessa lisätietoa tältä [Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen sivulta](#).

Seuraavassa kysytään arvioidaanko edellä mainittuja osa-alueita tasapuolisesti. Valitse mielestäsi sopivin vaihtoehto.

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
15. Kaikkia osa-alueita arvioidaan tasapuolisesti					
16. Jos olet sitä mieltä, ettei kaikkia osa-alueita arvioida tasapuolisesti, mikä alue painottuu eniten?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fyysinen osa-alue 2. Psyykkinen osa-alue 3. Sosiaalinen osa-alue 4. Kognitiivinen osa-alue 				
17. Jos olet sitä mieltä, ettei kaikkia osa-alueita arvioida tasapuolisesti, jääkö jokin alue arvioimatta kokonaan? Jos jää, mikä osa-alue se on?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fyysinen osa-alue 2. Psyykkinen osa-alue 3. Sosiaalinen osa-alue 4. Kognitiivinen osa-alue 				

18a. Kuka vastaa ensisijaisesti yksittäisen asiakkaan toimintakykyarvioinnin tekemisestä?	1. Asiakkaalle nimetty vastuuhuoltaja 2. tiimi yhdessä 3. moniammatillinen tiimi (mukana esim. sairaanhoitaja, lähihoitaja, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä) 4. työpari 5. tiimin vastuuhuoltaja 6. osastonhoitaja 7. palveluohjaaja 8. kaupungin/kunnan edustaja 9. joku muu
18b. Jos vastasit joku muu, kuka se on?	

C Asiakkaan ja hänen omaistensa mielipiteiden sekä ympäristön huomiointi

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
19. Asiakkaan mielipide					
20. Asiakkaan omaisen mielipide					
21. Asiakkaan kodin varustus (esim. pesutilat, portaat asunnossa, lämmitystapa)					
22. Asiakkaan asuinympäristö (esim. kaupan läheisyys, asuinalueen turvallisuus)					

D Asiakkaan toimintakykyä koskevien tietojen sekä hoito- ja palvelusuunnitelman sisällön laatu

Ikäihmisen hoitoa suunniteltaessa laaditaan dokumentti, jota kutsutaan eri paikkakunnilla eri tavoin. Joillakin paikkakunnilla tästä dokumentista käytetään termiä PaHoSu. Tässä kyselyssä Hoito- ja palvelusuunnitelmasta käytetään jatkossa lyhennettä HoPaSu.

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
23. Tieto asiakkaan toimintakyvystä ei välity asiakkaan mukana hänen siirtyessä uuteen yksikköön					
24. Asiakkaan siirtyessä uuteen yksikköön tieto toimintakyvystä ei pidä paikkaansa					
25. HoPaSut eivät ole kaikkien kohdalla ajantasaisia					
26. Jokainen hoitaja (omahoitaja tai vastuuhuoltaja) huolehtii itse hänelle nimettyjen asiakkaiden HoPaSujen ajantasaisuudesta					
27. Yksikössämme joudutaan usein muistuttelemaan hoitajia toimintakykyarviointien teosta					
28. Perehdyn asiakkaan tilaan huolellisesti ennen kuin teen toimintakykyarvioinnin					
29. En useinkaan ehdi kiireen takia tehdä toimintakykyarviointia huolellisesti					
30. Toimintakyvyn arviointi on ylimääräistä työtä, koska siitä saatua tietoa ei hyödynnetä päivittäisessä työssä					

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
31. Tekemäni toimintakyvyn arviointi kuvaa enemmän hoitajan toimintaa kuin asiakkaan tarpeita					
32. HoPaSu perustuu aina asiakkaan toimintakyvyn arviointiin					
33. En tarvitse työssäni tietoa asiakkaan toimintakyvystä					

34. Mikä asiakkaalle tehdään ajallisesti ensin, toimintakyvyn arviointi vai hoito- ja palvelusuunnitelma?	1. toimintakyvyn arviointi 2. hoito- ja palvelusuunnitelma 3. ne tehdään yhtä aikaa 4. en osaa sanoa, kumpi tehdään ensin
---	--

35. Jos asiakkaan toimintakyvyssä on tapahtunut muutoksia, kuinka pitkä on aika (viikkoina) tilannetta tarkkaillaan ennen kuin tehdään uusi arvio	Valitse sopiva aika
36. Jos asiakkaan toimintakyvyssä on tapahtunut muutoksia, mikä on se aika-väli (viikkoina), kun hänen hoito- ja palvelusuunnitelmansa tarkistetaan	Valitse sopiva aika
37. Jos asiakkaan toimintakyvyssä EI OLE tapahtunut muutoksia, mikä on se aikaväli (kuukausina), jolloin hänen toimintakyvystään tehdään uusi arvio	Valitse sopiva aika
38. Jos asiakkaan toimintakyvyssä EI OLE tapahtunut muutoksia, mikä on se aikaväli (kuukausina), kun hänen hoito- ja palvelusuunnitelmansa tarkistetaan	Valitse sopiva aika

39. Mitä muuta haluaisit sanoa toimintakykyarviointien tekemisen ja hoito- ja palvelusuunnitelmien päivittämisen tiheydestä?	
--	--

E Miksi arviointeja tehdään?

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
40. hallinto tarvitsee tietoja					
41. esimies määrää					
42. omainen pyytää					
43. asiakas pyytää arviointia					
44. arviointiin käytettävä ohjelma ilmoittaa, että tarvitaan uusi arviointi					
45. kanslian seinälle merkityssä listassa lukee, että arviointi pitää tehdä					
46. asiakkaan toimintakyvyssä on tapahtunut muutoksia					

47. Mitä muita syitä haluaisit nimetä (miksi toimintakykyarviointeja tehdään)?	
--	--

F Päivittäinen kirjaaminen ja arviointi

Kun hoitajat tekevät asiakkaiden hoitoon liittyvistä asioista merkintöjä tietojärjestelmään, voidaan järjestelmää kutsua esimerkiksi potilastietojärjestelmäksi, asiakastietojärjestelmäksi tai sairauskertomukseksi. Tässä kyselyssä edellämämainituista tietojärjestelmistä käytetään termiä hoitokertomus.

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
48. Kirjaan asiakkaan hoitokertomukseen vain ne asiat, jotka EIVÄT TOTEUDU HoPaSun mukaisesti					
49. Yksikössämme on ohje, jonka mukaan asiakasta kirjataan vähintään kerran viikossa					
50. Kirjaan HoPaSun toteutumisen arvioinnin hoitokertomukseen jokaisessa työvuorossa					
51. Kirjaaminen liittyy lähinnä erilaisten tuloksien (esim. verensokerin tai verenpainelukemien) kirjaamiseen					
52. Kaikki olennainen työvuorossa tapahtunut kirjaan yksikön viestivihkoon					
53. Asiakkaan kotona toteutuneet asiat kirjataan asiakkaan kotona olevaan viestivihkoon					
54. Luen asiakkaasta hoitokertomukseen tehdyt kirjaukset päivittäin ennen kuin hoidan häntä					
55. Asiakkaan hoitaminen perustuu pääasiassa asiakkaan kotona olevaan viestivihkoon kirjoitettuihin viesteihin					
56. Asiakkaan hoitaminen perustuu pääasiassa edellisen vuoron hoitajan antamaan suulliseen raporttiin					
57. Asiakkaan hoitaminen perustuu pääasiassa yksikön viestivihkoon kirjoitettuihin viesteihin					
58. En ehdi katsoa asiakkaan tietoja hoitokertomuksesta ennen kuin lähden asiakaskäynnille					
59. En ehdi lukea yksikön viestivihkoa ennen kuin lähden asiakaskäynnille					
60. En ehdi lukea asiakkaan kotona olevaa viestivihkoa ennen kuin hoidan asiakasta					
61. Mitä muuta haluaisit sanoa päivittäisestä kirjaamisesta tai raportoinnista?					

G Hoidon toteuttaminen asiakkaan toimintakyvyn ja HoPaSun mukaisesti

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
62. Asiakkaan toimintakyky ohjaa hänelle annettavaa hoivaa/hoitoa					
63. Toimintakykyarvioinneilla ei ole merkitystä päivittäisen hoidon/hoivan suunnittelussa					
64. Työvuorossa työtehtävät määräytyvät asiakkaan viikko-ohjelman mukaan					

65. Työvuoron alkaessa teen itselleni (tai saan) työlistan asiakkaista (esimerkiksi Antti Asiakas: suihkuta)					
66. Toteutan työni asiakkaan luona vain havainnointi perusteella					
67. HoPaSu on päivittäiseen käyttöön tarkoitettu työväline					
68. Päivittäinen hoidon toteutus ei vastaa aina HoPaSua					
69. Päivittäinen hoidon toteutus ei vastaa aina palvelujen myöntämisestä tehtyä päätöstä					
70. Tieto asiakkaan toimintakyvystä on selkeästi näkyvillä hoito- ja palvelusuunnitelmassa					
71. Asiakkaan yksilöllisen hoidon toteuttaminen riippuu hoitajasta					
72. Mielestäni hyvää hoitoa on se, että kannustetaan asiakasta tekemään itse mahdollisimman paljon toimintakykynsä mukaan					
73. Käyntiajat asiakkaan luona ovat liian lyhyitä, jotta ehtisin tukea asiakasta suoriutumaan itsenäisesti päivittäisistä toimista					

H Merkittävät muutokset asiakkaan toimintakyvyssä

Mainitse **kolme** asiaa asiakkaan voinnissa, jotka ovat niin merkittäviä, että teet uuden toimintakykyarviointin tai päivität HoPaSun. Asiat voivat liittyä esimerkiksi liikkumiseen, mielenterveyteen, muistiin tai kanssakäymiseen muiden ihmisten kanssa. Voit listata asiat esim. ranskalaisin viivoin. Asioita ei tarvitse asettaa tärkeysjärjestykseen.

74. Teen uuden toimintakykyarviointin kun asiakkaan voinnissa on tapahtunut seuraavia muutoksia:	
75. Päivitan asiakkaan HoPaSun silloin kun asiakkaan voinnissa on tapahtunut seuraavia muutoksia:	

I Arvot

Arvot ovat arkipäivän valintoja ohjaavia periaatteita. Tässä tutkimuksessa arvoja kartoitetaan Schwartzin arvoteorian avulla. Lisätietoja arvoteoriasta saat halutessasi tästä [linkistä](#).

Seuraavassa on kuvattu 10 elämää ohjaavaa arvoa/ periaatetta.

Valitse niistä kolme, jotka kuvaavat sinun ajatuksia itsestäsi parhaiten. Valintoja ei tarvitse asettaa tärkeysjärjestykseen.

76. Arvot

- a) Olen itseohjautuva, luova ja utelias uusille asioille
- b) Etsin uutta ja haluan kohdata haasteita yksityiselämässä ja työelämässä
- c) Haluan nauttia elämästä ja hemmotella itseäni
- d) Otan asiat henkilökohtaisina haasteina ja haluan suoriutua tehtävistä hyvin
- e) Haluan mainetta, kunniaa ja varallisuutta
- f) Arvostan turvallisia oloja ja terveyttä
- g) Haluan että maailma toimii yhdenmukaisesti, pidättäydyn asioista, jotka voivat häiritä muita
- h) Kunnioitan perinteitä, esimerkiksi joulu ja juhannus merkitsevät minulle paljon
- i) Haluan lisätä lähipiirini (omaisten, muiden tärkeiden ihmisten) hyvinvointia ja huolehdin heistä
- j) Haluan huolehtia muistakin kuin lähipiirini ihmisistä ja lisätä heidän hyvinvointiaan

J Lisätiedot ja palaute

77. Haluaisitko kertoa vielä muuta? Tässä voit myös antaa palautetta kyselystä.	
---	--

Kiitos paljon vastaamisesta!

LIITE 3. ESIMERKKI TÄYTETYSTÄ HOITO- JA PALVELU-SUUNNITELMASTA.

HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA

Nimi: Maija Meikäläinen 010101-0101

Fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen tilanne
Yleiskuvaus Sairaudet: Verenpainetauti, astma, Alzheimerin tauti. 8/2014 Aivoinfarkti <ul style="list-style-type: none">• Liikkuu rollaatorin avulla• Autettava päivittäisissä toiminnoissa• Käytössä housuvaippa päivällä ja yöllä teippivaippa/hygieniahaalari• Syö itse, tarvittaessa avustettava
Kommunikointi Puhe epäselvää. Tuottaa yksittäisiä sanoja ja välillä lyhyitä lauseita. Ymmärtää pääasiassa annetut ohjeet. Hermostuu, kun ei tule ymmärretyksi.
Ruokailu Ruokahalu on hyvä. Ruokailee omatoimisesti, tarjoillaan yksi ruoka kerrallaan.
Hygienia Päivittäisissä ja suihkupesuissa autettava
Ihohoito Iho siisti, ohut. Tarvitse ihonkunnon seurantaa. Ihon rasvaus ja säännöllinen jalkahoito.
Pukeutuminen Pukeutumisessa ja riisuuntumisessa auttaa itse hieman esim. puseron kanssa. Tarvitsee muussa pukeutumisessa hoitajana apua.
Erittäminen Käy ohjattuna wc:ssä. Inkot käytössä päivisin ja teippivaippa/hygieniahaalari öisin. Kärsii ajoittain kovasta vatsasta. Vatsanpehmike menossa päivittäin, tarvittaessa lisäpehmikkeitä. Ei tunnista itse virtsaamis- eikä ulostamisen tarvetta.
Liikkuminen Liikkuu hyvin rollaattorin avulla, välillä myös ilman apuvälinettä.
Lepo Nukkuu yleensä yöt hyvin. Joskus heräilee ja touhuilee yön aikana. Ohjataan myös päivälevolle.
Toimintakyky ja kuntoutus Nykyisen toimintakyvyn ylläpitäminen. Ulkoilu ja viriketoimintaan mukaan silloin kun itse haluaa. Fysioterapeutti käy kerran viikossa.
Tottumukset Tykkää järjestellä ja touhuta omien tavaroiden parissa
Mukavat asiat, ne joista erityisesti pitää
Asioita, joista pitää Kalastus, ulkoilu, saunominen
Asioita, joista ei pidä Ei viihdy isoissa ryhmissä

HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA
Nimi: Maija Meikäläinen 010101-0101

Toiveet ja odotukset
Asiakkaan toiveet ja odotukset
Tiedon saanti hoitajilta
Haasteet
Kommunikointi
Omaisten odotukset yhteistyöstä
Rehellinen keskustelu/ palaute niin hyvistä kuin huonoista asioista
Asukkaan odotukset omahoitajaa kohtaan
Kuulumisten kysely kun työvuorossa
Muuta huomioitavaa
MMSE 3/2014 16/30
Marevan-lääkitys
Puhe useimmiten epäselvää Fysioterapeutti kerran viikossa
Laskut omaiselle

Pvm	Tarpeet	Tavoitteet	Keinot	Arviointi	Tekijä
8.1.2014	Omatoimisuus	Nykyisen toimintakyvyn säilyminen	Tuetaan omatoimista selviytymistä ja autetaan vain tarvittaessa. Mahdollisuus ulkoiluun. Viriketoiminta		Helena Hoitaja, Antti Auttaja
7.1.2015	Kommunikointi	Asukas tulisi ymmärretyksi	Hoitajilta selkeä rauhallinen puheta- pa. Annetaan aikaa kertoa rauhassa asiansa. Esitetään asiaan johdattelevia kysymyksiä.		Hanna Huolehtija
1.7.2015	Omatoimisuus	Nykyisen toimintakyvyn säilyminen	Tuetaan omatoimista selviytymistä ja autetaan vain tarvittaessa. Mahdollisuus ulkoiluun. Viriketoiminta		

Hoito- ja palvelusuunnitelma laadittu
8.1. 2014 Helena Hoitaja, Antti Auttaja

Hoito- ja palvelusuunnitelma tarkistettu viimeksi
1.7.2015 Antti Auttaja, Hanna Huolehtija

Asiakkaan tai omaisen allekirjoitus

Palveluntuottajan allekirjoitus

LIITE 4. RAI- ARVIOINTIJÄRJESTELMÄN SISÄLTÖ.

Lähde http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai/tietoa/rai_jarjestelman_yleisimmat_mittarit			Paras käyttöalue						
Osa-alue	Arvioitava asia	Mittari S = scale	Yksittäisen asiakkaan arviointi ja seuranta	Palvelutarpeen arviointi	Hopasun laatinen ja seuranta	Hoidon laadun vertailu	Palvelujen suunnittelu ja asiakasvertailu	Kunta-suunnittelu	Toiminnan kehittäminen
Arjesta suoriutuminen	Päivittäistä toiminnollista suoriutumista	(ADL_long) ADL summary s	X						
		Hierarkkinen ADL-mittari		X			X		
	kodinhuollollisista tai kodin ulkopuolisista tehtävistä suoriutuminen	(IADL_c) IADL capacity s		X			X		
	kodinhuollollisista tai kodin ulkopuolisista tehtävistä suoriutuminen	Pitkä välinetoiminnosta suoriutumisen mittari	X	X				X	
Psyykkinen ja kognitiivinen vointi	Kognitiiviset toiminnot	(CPS) Cognitive Performance S		X	X				
	Aggressiiviset käytösoireet	(ABS)Aggressive Behaviour S	X	X	X			X	
	Masennus	(DRS)Depression Rating S	X	X	X			X	
Sosiaalinen toimintakyky ja hyvinvointi	Sosiaalinen toimintakyky	(SES) Social Engagement S	X	X	X	X			
Terveydentila, ravitsemus ja kipu	Terveydentilan vakaus	(CHESS) Changes in Health, End-Stage Disease, Signs, and Symptoms S	X	X	X			X	
	Painoindeksi	(BMI) Body mass index	X	X	X		X		
	Kivun esiintyvyys ja intensiteetti henkilöillä, joiden kipu on tunnistettu.	MDS-painscale		X			X		X

LIITE 5. RAVA-ARVIOINTILOMAKE.

Kunta:		Alue		Aluekoodi		Palveluntuottajan koodi			
IKÄ	65-74 v	75-84 v	85- v		Sukupuoli	M	N		
Asumismuoto:		Koti	Palvelutalo, tavallinen	Y	K	Palvelutalo, tehostettu	Y	K	
		Vanhainkoti		Y	K	Hoiva-/pitkääkaissaairaala	Y	K	
Kotipalvelutunnit	Y	tuntia/kk	Kotipalvelukerrat	Y		kertaa/kk	Omaishoidon tuki €/kk		
kuukaudessa	K	tuntia/kk	kuukaudessa	K		kertaa/kk			
Kotisairaanhoidotunnit	Y	tuntia/kk	Kotisairaanhoidokerrat	Y		kertaa/kk			
kuukaudessa	K	tuntia/kk	kuukaudessa	K		kertaa/kk			
Hoitoisuus:									
rasiteta oman tuntemuksesi mukaan janalle	0 Helppo	1 Kohtalaisen helppo	2	3	4 Keskiraskas	5	6 Raskas	7 8 9 10 Erittäin raskas	
1. Näkö	1	Normaali (silmalasien kanssa tai ilman), ei haittaa päivittäisiä toimia							
	2	Heikko, myös apuvälineitä käyttäen, tarvitsee opastusta oudossa ja ympäristössä							
	3	Sokea							
2. Kuulo	1	Normaali, kuulee normaalin puheen ilman apuvälineitä							
	2	Alentunut, apuväline käytössä tai kuulee vain korotetun, selkeän puheen							
	3	Kuuro							
3. Puhe	1	Normaali, tuottaa selvää, ymmärrettävää puhetta							
	2	Epäselvä, puuromainen, sammaltava, takelteleva, osia sanoista puuttuu							
	3	Afasia, sanojen merkitys väärä, ei löydä oikeita sanoja, puhekyvytön							
4. Liikkuminen	1	Normaali, kävelee omatoimisesti ilman apuvälineitä (kävelykeppi sallitaan)							
	2	Epävarma, horjahtelu, tarvitsee tukea esim. kolmipistekeppi							
	3	Telinekävelijä, tarvitsee liikkumiseen kävelytelineen tai kaksi tukikeppiä							
	4	Itsenäinen pyörätuolilla, omatoiminen pyörätuolilla, siirtyä omatoimisesti							
	5	Tallutettava, ei löydä kohteita, ei pysty turvallisesti liikkumaan apuvälinein							
	6	Kaatuileva, apuvälineistä huolimatta kaatuu/tuostuu usein							
	7	Nostettava pyörätuoliin, nostettava pyörätuoliin 1-2 henkilön avustamana							
	8	Vuodepotilas, potilas hoidetaan vuoteeseen							
5. Virtsata	1	Normaali, tunnistaa virtsaamistarpeen, ei kastele							
	2	Kasteleva, ei tunnistaa virtsaamisen tarvetta tai ei pysty pidättämään virtsaa							
	3	Katetri, virtsaa katetrin kautta							
6. Ulostete	1	Normaali, tunnistaa tarpeen, ulostaminen WC:ssä/WC-tuolissa, ei tuhi							
	2	Alle, ei hallitse suoltaan, ei tiedosta tarvetta, uloste alle/vaippaan							
	3	Tuhriava, puuletta pidätyskyvyssä, sotkee ulosteen kanssa paikkoja							
	4	Toimitettava, suoli toimii harvoin ilman lääkkeitä tai peräsuonetta							
7. Syöminen	1	Itse, tiedostaa nälkänsä, ottaa lautaselle, pilkkoo ka syö ruoan ilman apua							
	2	Autettava, tarvitsee ohjausta, ruoka asetettava ja pilkottava lautaselle							
	3	Letkuruokinta, syöminen ja nieleminen ei onnistu, nenämahaletkuokinta							
	4	Syötettävä, Täysin autettava ruokailussa, saatetaan tiedostaa nälän							
8. Lääke	1	Itse, ei tarvitse valvontaa, annostelee ja ottaa itse lääkkeitä							
	2	Autettava, lääkkeet jaetaan dosettien/annosmukiin, joista potilas ottaa itse							
	3	Valvottava, lääkkeet jaetaan ja varmistetaan, että potilas ottaa ja nielee ne							
9. Pukeutuminen	1	Itse, tiedostaa pukeutumistarpeen, omatoimisesti pukeutuu asiamukaisesti							
	2	Autettava, osin tai täysin autettava pukeutumisessa							
10. Peseytyminen	1	Itse, tiedostaa peseytymistarpeen, omatoiminen pesuissa (apua esim. selkä)							
	2	Autettava, täysin tai osittain autettava pesuissa (mm. jalkojen pesussa apua)							
11. Muisti	1	Normaali, aikaan ja paikkaan orientoitunut, muistaa menneet ja nykyiset							
	2	Alentunut, muistaa vanhat asiat paremmin kuin nykyiset, tietää, missä ollaan							
	3	Muistamaton, ei orientoitunut aikaan/paikkaan, ihmisten tunteminen vaikeaa							
12. Psykyk/e käytös	1	Normaali, asiallinen, tasapainoinen, kommunikoi muiden kanssa							
	2	Masentunut, allapäin, haluton kaikkeen, eristäytyy, haluaa kuolla, itkee usein							
	3	Aggressiivinen, lyö, kiroilee, vastustaa hoito-ohjelmia yms.							
	4	Sekava, ei tiedä aikaa, paikkaa, harhainen, epäsiällinen käytös/puhe							
	5	Häiritsevä, äänekäs, häiritsee ympäristöään, herättää negatiivisia tunteita							
	6	Harhaileva, eksyy norm. ympäristössään, kuljeskelee jatkuvasti, karkailua							
	7	Kontaktikyvytön, henkilöön ei saa järkevää kontaktia, syvä dementia/tajuton							
© Suomen Kuntaliitto									
Lisäksymys:									
13. Asuminen	1 Yksin								
	2 Yhdessä lähiomaisen, puolison tai muun henkilön kanssa								
Täyttöpäivä (ppkkvvvv):20.....									
Täyttäjän nimi:									

OHJEITA:

Kuntien RAVA- poikkileikkaustutkimuksissa arviointilomake täytetään kaikista kunnan järjestämien avo- ja laitospalvelujen piirissä olevista 65 - vuotta täyttäneistä asiakkaista, jotka ovat säännöllisen hoidon tai palvelujen piirissä. Myös ostopalveluna tai maksusitoumuksella hankituissa tai muuten kunnan tukemassa yksityisessä hoidossa olevat asiakkaat tulevat mukaan tutkimukseen.

Ulkopuolelle jäävät pelkästään tukipalveluja saavat ja tilapäisen/satunnaisen kotihoidon, erikoissairaanhoidon, terveyskeskuksen vastaanottotoiminnan ja akuutin vuodeosastohoidon, päiväkodin, päiväsairaalan, sekä kehitysvamma-, päihdehuollon ja mielenterveyskiköissä asuvat asiakkaat.

Ikä, merkitään asiakkaan ikää vastaava ikäryhmä arviointihetkellä.

Sukupuoli ympyröidään joko M = mies tai N = nainen kirjain

Asumismuoto:

Koti, henkilö asuu omassa kodissa

Palvelutalo, tehostettu, käsittää palveluasumisen, jossa henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden.

Asukas saa palveluja jokapäiväiseen selvitymiseen. Palvelut ovat ammattihenkilöiden antamia.

Palvelutalo, **tavallinen**, käsittää palveluasumisen, jossa henkilökunta ei ole paikalla ympäri vuorokauden.

Asukas saa palveluja jokapäiväiseen selvitymiseen. Palvelut ovat ammattihenkilöiden antamia.

Vanhainkoti tai vastaava, jossa henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden. Henkilö on pitkäaikais-

hoidossa.

Hoiva/pitkäaikaissairaala, jos henkilö on sairaalatasoisessa laitoksessa pitkäaikaishoidossa.

Palvelutalo, vanhainkoti ja pitkäaikaissairaala osioissa **Y = yksityinen, K = kunnallinen** palvelun tuottaja.

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon **käynnit** merkitään kuukautta kohti.

Vaihtoehtona voidaan laittaa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon **tunnit** kuukaudessa.

Molemmat voi merkitä, mikäli ne ovat tiedossa. Tiedot merkitään viimeisen toteutuneen laskutuksen mukaan.

Erikseen merkitään käynnit/tunnit kunnallisen=**K** ja yksityisen=**Y** palveluntuottajan osalta.

Hoitoisuus, merkitään arvio siitä, kuinka raskaaksi henkilökunta kokeen arvioitavan hoitoisuuden toimintakyvystä riippumatta. Tummalta viivalle merkitään rasti siihen kohtaan, joka parhaiten vastaa arviota välillä helppo-raskas.

Kysymyksiin 1 - 12 voi merkitä vain yhden vaihtoehdon. Jos asiakkaan tila tai selviytyminen vaihtelee, merkitään vaikeampi vaihtoehto. Kysymykseen 12 rastietaan voimakkain tai asiakkaan tilaa parhaiten kuvaava psyyke/käytösoire.

Kysymys 13 on tarkoitettu lisäkysymykseksi ainoastaan kotona asuville.

LIITE 6. TOIMINTAKYKYKARTOITUS.

Seinäjoen kaupunki/ Sosiaali- ja terveystoimi	1/2013												
Toimintakyvynkartoitus													
Asiakas: _____ synt. vuosi/ikä _____ Päiväys: _____													
Kartoituksen tekijä (nimi + työyksikkö) _____													
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 40%;">A = itsenäisesti suoriutuva</td> <td style="width: 30%;">= 0–20 pistettä</td> <td style="width: 30%; text-align: right;">Pisteet yht.</td> </tr> <tr> <td>B = osittain autettava</td> <td>= 21–34 pistettä</td> <td></td> </tr> <tr> <td>C = suurimmaksi osaksi autettava</td> <td>= 35–65 pistettä</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D = täysin autettava</td> <td>= 66–93 pistettä</td> <td></td> </tr> </table>		A = itsenäisesti suoriutuva	= 0–20 pistettä	Pisteet yht.	B = osittain autettava	= 21–34 pistettä		C = suurimmaksi osaksi autettava	= 35–65 pistettä		D = täysin autettava	= 66–93 pistettä	
A = itsenäisesti suoriutuva	= 0–20 pistettä	Pisteet yht.											
B = osittain autettava	= 21–34 pistettä												
C = suurimmaksi osaksi autettava	= 35–65 pistettä												
D = täysin autettava	= 66–93 pistettä												

1. Näkö	0 hyvä 1 silmälasit käytössä, ei haittaa päivittäisiä toimintoja 2 selvästi heikentynyt 3 erittäin heikko 4 sokeax
2. Kuulo	0 hyvä 1 heikentynyt/kuulokoje käytössä 2 selvästi alentunut/ei käytä kojetta/ongelmia kuulla normaalia puhetta 3 erittäin huono 4 kuuro
3. Tasapaino	0 hyvä 1 huterä 2 huimaa ylösnoustessa 3 huimaa usein 4 huimaus aiheuttaa ongelmia 5 kaatuilee apuvälineistä/tuesta huolimatta
4. Puhe	0 puheessa ei ongelmia 1 pieniä vaikeuksia 2 ymmärtää, puhumisessa vaikeuksia (esim. afasia) 3 ymmärtää, ei puhu 4 puhuu, mutta ei ymmärrä sisältöä, toistaa samaa 5 ei puhu, ei ymmärrä
5. Liikkumiskyky	0 itsenäisesti 1 apuvälineen avulla itsenäisesti (kelkka, rollaattori, kyynärsauvat) 2 pyörätuolilla itsenäisesti, siirtymiset omatoimisesti 3 huomattavasti autettava (taluttaja) 4 istuu tuolissa siihen autettuna 5 vuodepotilas
6. Ruokailu	0 laittaa ruuan itse 1 syö itsenäisesti valmiiksi laitettua ruokaa/ateriapalvelu 2 valvottuna/syö toisen kehoituksesta/huono ruokahuone/erityisjärjestelyt 3 ruokailu tarvitsee jatkuvaa kehoittelua 4 ruokailu toisen auttamana, osittain itse 5 5 täysin toisen syötettävä

7. Lääkkeiden otto	0 itsenäisesti ei tarvitse valvontaa/pistää itse insuliinin
Alkoholi:	1 ottaa lääkkeitä dosetista
	2 muistutettava
	3 lääkkeiden ottoa valvottava
	4 toisen huolehdittava/lääkkeet kotihoidolla/ lääkekielteisyyss
	5 annettava suuhun, valvottava nieleminen
8. Peseytyminen	0 itsenäisesti, omatoimisesti (tiedostaa tarpeen)
Hampaat:	1 itsenäisesti (muistutettava)
	2 tarvitsee vähän apua (vaatteet, tarvikkeet)/ hygienian hoito puutteellista
	3 tarvitsee huomattavasti apua (yksi auttaja/selkä, hiukset)
	4 tarvitsee paljon apua, osallistuminen vähäistä
	5 täysin autettava/ vuodepotilas (1-2 auttajaa)
9. Pukeutuminen	0 itsenäisesti, omatoimisesti, asianmukaisesti
	1 toisen huolehdittava vaatteet valmiiksi, pukeutuu itse
	2 tarvitsee vähän apua ja ohjausta (esim. kengät) asianmukaisessa pukeutumisessa
	3 tarvitsee paljon apua, pukeutuu osittain itse
	4 tarvitsee huomattavasti apua, pukeutuu harvoin itse
	5 täysin autettava pukeutumaan, esim. vuodepotilas
10. WC-käynti	0 itsenäisesti, tunnistaa virtsaamistarpeen
	1 tarvitsee vähän apua, esim. ohjaus wc:n menemiseen
	2 tarvitsee säännöllistä apua
	3 tarvitsee huomattavasti apua/ wc-tuoli käytössä
	4 käyttää alusastiaa/ autettava vaipanvaihdossa
	5 täysin autettava, vaipat
11. Virtsan pidätyskyky	0 siisti
	1 katetroi itse
	2 kestokatetri
	3 virtsankarkailua ajoittain
	4 toistokatetrointi/avustaja
	5 virtsankarkailua jatkuvasti, vaipat
12. Ulosteen pidätyskyky	0 siisti, omatoiminen, tunnistaa tarpeen
	1 siisti, ohjattava wc:hen, apua housujen laskussa/nostossa, alapesussa
	2 ajoittaista pidätuskyvyttömyyttä
	3 usein toistuvaa pidätuskyvyttömyyttä
	4 jatkuvaa ummetusta/suolta toimitettava
	5 tuhrii
13. Asioiden hoitaminen	0 itsenäisesti/osaa käyttää puhelinta
	1 tarvitsee vähän apua
	2 tarvitsee huomattavasti apua/ osaa vastata puhelimeen, mutta ei soittaa
	3 ei kykene hoitamaan asioitaan

14. Läheisen, hoitajan apu	0 itsenäinen 1 tarvitsee apua 1 x viikossa, esim. peseytyminen 2 tarvitsee apua 2-3 x viikossa 3 tarvitsee apua 1 x päivässä 4 tarvitsee apua 2-3 x päivässä 5 päivittäin useasti
15. Yksin selviytymisen	0 itsenäinen 1 selviää itsenäisesti satunnaisten käyntien turvin 2 valvonnan/seurannan tarve viikoittain 3 valvonnan/seurannan tarve 3-6 x viikossa 4 valvonnan/seurannan tarve 1-2 x päivässä 5 päivisin valvottava, selviää yöt yksin, nukkuu/turvapuhelin
16. Sosiaaliset suhteet	0 pitää yhteyttä omaisiin, naapureihin, ystäviin 1 pitää yhteyttä vain muutamaan ihmiseen tai läheiseen 2 haluaa lähteä esim. kauppaan avustettuna 3 ei halua lähteä kodin ulkopuolelle, mielenkiinto ulkomailmaan puuttuu 4 kokee itsensä yksinäiseksi, pitää läheisiin yhteyttä vain avustettuna 5 epäluuloinen, eristäytyvä
17. Mieliala	0 positiivinen elämänsenne 1 tyytymättömyyttä ajoittain 2 usein alakuloinen 3 surullinen, itkuherkkä 4 masentunut, vihamielinen
18. Muisti	0 hyvä aikaan ja paikkaan orientoitunut 1 lievä kognitiivinen häiriö/ normaalia vanhenemista 2 lievä häiriö: tehdään MMSE-testi, jos 0-24 p. ohjataan tarkempiin tutkimuksiin 3 lievä häiriö: 18-23 pistettä, muistaa vanhat asiat paremmin, tietää missä on 4 keskivaikea häiriö: 12-17 pistettä 6 vaikea häiriö: 0-11 pistettä, muistamaton 7 6 erittäin vaikea häiriö: vuodepotilas
19. Psyykkinen tila	0 asiallinen, rauhallinen, kommunikoi muiden kanssa 1 aloitekyvytön 2 ajoittain masentunut, ahdistunut 3 masentunut, ahdistunut 4 ajoittain sekava tai harhainen (ei karkaile), epäasiallinen puhe/käytös 5 aggressiivinen, lyö, kiroilee, vastustaa hoitotoimenpiteitä 6 erittäin sekava, muistamaton, levoton (vaeltelee, eksyy normaali ympäristössään, vuorokausirytmä häiriintynyt)

LIITETAULUKKO 1. LAADULLISEN ANALYYSIN PÄÄ-, YLÄ- JA ALALUOKAT SEKÄ PELKISTETYT ILMAISUT.

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka	Pelkistetyt ilmaiset *
Ikäihmisten avuntarpeen arvioimiseksi tarvittavat tiedot		Käsitys toimintakyvystä	Toimintakyky on päivittäisten toimien tekemistä: syöminen, käveleminen, istuminen.
		Toimintakyvyn eri osa-alueet ja niiden painottuminen	Toimintakyvyn osa-alueita ovat fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja kognitiivinen. Fyysinen osa-alue painottuu usein toimintakyvyn arvioinnissa.
Ikäihmisten hoitoa varten tarvittavan tiedon hankinta		HoPaSun laadintaa varten tarvittavan toimintakykyarvioinnin toteuttaminen	Koulutetut hoitajat arvioivat toimintakykyä. Arvioinnit ja HoPaSun laatiminen toteutetaan usein moniammatillisesti ja mukana on yleensä asiakas ja omainen. Vastuuhoitajat vastaavat usein arvioinnista ja HoPaSun laatimisesta ja päivittämisestä.
		Kokonaisvaltainen palvelutarpeiden selvittäminen	Asiakkaan mielipide huomioidaan. Asunnot pyritään muuttamaan turvallisiksi liikkua. Ympäristöä havainnoidaan. Omaisen/läheisen mielipide huomioidaan.
	Kerättävän tiedon laatuun liittyvät tekijät	Ajantasaisuus	Edellisessä hoitopaikassa tehty arviointi ei pidä aina paikkaansa. Tiimivastaava huolehtii, että HoPaSut ovat kunnossa.
		Luotettavuus	Jotkut hoitajat tekevät arvioinnit hutaisemalla, koulutus ei takaa luotettavaa arviointia. Hoitajan asenne, kiinnostus ja motivaatio vaikuttavat arvioinnin luotettavuuteen. Ylimääräinen työ annetaan muille. Arviointi voidaan tehdä asiakkaan tai hoitajan lähtökohdista.
		Arvioinnin ja HoPaSun yhteneväisyys	Arviointi ja HoPaSu ovat pääsääntöisesti yhdenmukaisia. Ajantasaisuus riippuu hoitajasta. Jos arviointi on tehty hoitajälähtöisesti, arviointi ja HoPaSu eivät ole yhdenmukaisia. Kanslian seinällä on lista, johon merkitään rasti kun HoPaSu on päivitetty.
		Arvioinnin ja HoPaSun laatimisen järjestys	Toimintakykyä ei voi arvioida jos ei tunne asiakasta. Ensin on HoPaSu. HoPaSu tehdään ensin, koska hoitajalla ei ole arviointikoulutusta. Ensin on arviointi. HoPaSu tehdään sitten kun asiakas tulee.

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka	Ilmaiset
Ikäihmisten hoitoa varten tarvittavan tiedon hankinta jatkuu	Säännöllisesti sovittujen toimintakykyarviointien toteuttaminen	Suunnitelmallisuus asiakkaiden toimintakyvyn seurannassa ja HoPaSun päivittämisessä	HoPaSu ja arviointi tehdään kerran vuodessa ja tarpeen mukaan useammin. Toimintakyvyn seuranta ja HoPaSun päivitys tehdään neljä kertaa vuodessa. Vähintään puolen vuoden välein. Arvioinnit eivät aina toteudu suunnitellusti, se johtuu hoitajien arvostuksesta, motivaatiosta ja työmoraalista. Asiakkaita tulee kohdella yhdenmukaisesti ja oikeudenmukaisesti.
		Uusien arviointien tekoa ja HoPaSun päivittämistä ohjaavat tekijät	Arvioinnit toteutetaan, koska kaupunki ja sen hallinto vaatii ne. Arviointien tekoa ja HoPaSua ei nähdä asiakkaan hoidon perustana.
Ikäihmisten hoitoa varten tarvittavan tiedon hankintavälineet, menettelmät sekä tiedon säilyttämisen ja sen jakaminen	Luotettavien arviointivälineiden käyttö	Toimintakykyä kuvaavat eri välineet	Käytetään yleisesti käytössä olevia arviointimenetelmiä ja niiden tukena käytetään erillisiä menetelmiä.
		Tiedonkeruumenetelmät	Tietoa kerätään asiakasta haastatteleamalla, havainnoimalla ja testaamalla.
	Asiakkaasta tuotetun tiedon säilyttäminen ja jakaminen	Päivittäinen kirjaaminen	Muutokset asiakkaan HoPaSuun kirjataan. Kirjaamisesta annettu ohje, että asiakkaan tilasta kirjataan vähintään kerran viikossa. Asiakkaasta kirjataan verensokeri- ja verenpainetuloksia. Tiedot asiakkaan suunnitelman muutokset kirjataan viestivihkoon ja osa myös potilastietojärjestelmään. Kirjaamistiheys on riippuvainen hoitajasta.
		Työvuoron alkamiseen tai vaihtumiseen liittyvät raportointikäytännöt	Suullinen raportointi, viestivihkon käyttö. Raportilla puhutaan jos on ollut jotain muutoksia tai poikkeamia. Ne kirjataan raporttivihkoon ja siellä lukee, että katso potilastietojärjestelmästä. Meillä ei ole käytössä raporttivihkoa. Toistaiseksi pelannut suullisena raporttina. Yöhoitajalla on erikseen oma raporttivihko, mihin hän kirjaa jos yössä on ollut erityistä. Jos on ollut jotain asiakkaan terveydellistä niin ne kirjataan tietojärjestelmään. Olisi toivomuksena, että jokainen kävisi katsomassa sieltä tietojärjestelmästä oman vuoronsa aluksi. Aamulla ei ole aikaa avata tietokonetta ja lähteä tutustumaan asiakastietoihin. Olen tyrmistynyt, ettei ole aikaa katsoa asiakkaan tietoja.
	Asiakkaan toimintakykyä kuvaavan tiedon saatavuus	Asiakastietojen siirtyminen kun asiakas siirtyy uuteen paikkaan	Toimintakykyarvioinnit eivät seuraa asiakasta. Taustatiedot ovat melko helppoisia.
		Raportit asiakkaan toimintakyvyn muutoksesta	Asiakkaasta saa henkilökohtaisia toimintakyvyn raportteja. Raporttien tulkinassa ja käytössä olisi parantamisen varaa.

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka	Ilmaiset
Ikäihmisten hoitamisten hankitun tiedon hyödyntäminen	Asiakkuuden synty	Millä kriteereillä asiakkuus syntyy	Kotihoidon saamiseksi ei ole tiettyjä toimintakyvyn arviointituloksen arvoja. Kotihoi- toon pääsee jos on tarve. Hoiva-asumisen kriteerit on olemassa. Tehdään testit ja SAS- ryhmä tekee päätökset. En osaa sanoa, millä kriteereillä päätöksen hoivapaikoista on tehty.
		Yhdenvertaisuus palvelujen myöntämisessä	Ihmisiä arvioidaan tasa-arvoisesti Kaipaisin valtakunnallisia ohjeita mitkä ovat hyviä mittareita. Kunnat arvioivat ihmisten toimintakykyä ja palvelujen tarvetta eritavoin.
	Toimintakykyvar- voinnin ja Ho- PaSun hyödyn- täminen asiak- kaan päivittäl- sessä hoitami- sessa	Hoidon toteuttaminen asiak- kaan toimintakyvyn ja Ho- PaSun mukaisesti	Asiakkaan viikko-ohjelmaan kirjataan HoPaSun perustuen mitä apua asiakas tarvit- see ja kuinka usein. Avun tarve nousee esille viikko-ohjelman rivien välistä. Päivittäisen työn tukena käytetään mekaanisia työlistoja. Rautainen ammattilainen näkee asiakkaan tarpeet vaikka asia ei olisi työlliställä. HoPaSun tavoitteet tulisi olla tiedossa ja näkyvillä.
		Yhdenvertaisuus palvelujen toteuttamisessa	Asiakkaan tarpeidenmukaisen hoidon toteuttaminen riippuu hoitajasta. On olemassa hyviä ja huonoja hoitajia.
		Toimintakyvyn, itsenäisen suoriutumisen ja osallisuuden tukeminen	Asiakkaan kanssa yhdessä tekeminen on tavoitettava. Tämä lähtee toimintakyvyn arvi- oinnista ja siitä asiakkaan tuntemisesta. Ajatusta toimintakyvyn tukemisesta on viety eteenpäin. Käyntiajat asiakkaan luona on laskettu sen perusteella, kuinka kauan hoitaja suorittaa työtä. Se tarkoittaa, että suunnitelmat eivät ole ajan tasalla, eivätkä ne ole asiakas- lähtöisiä. Toisille on tosi haasteellista ymmärtää se että ei tehdä puolesta. Tuetaan asiakasta suoritutumaan itsenäisesti. Meillä on hoitamisen ja hoivaamisen vahva kulttuuri. Mikä on hyvä hoitaja? Nopeasti käydään tekemässä työt. Kun asiakkaat maksavat palvelusta, he haluavat palvelua ja työntekijät sortuvat te- kemään puolesta. Nuori hoitaja vei asiakkaan ulos. Työyhteisö pistää ruotuun nopeasti, ettei mitään ylimääräistä tarvitse tehdä. Mennään vaan sieltä missä aita on matalin. Palvelukulttuurista pitäisi päästä pois

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka	Ilmaisu
Palvelujen dynaaminen muuttaminen asiakkaan tarpeiden mukaan	Muutos asiakkaan palvelutarpeessa	Toimintamalli silloin kun asiakkaan avun tarve muuttuu	Tehdään uusi arviointi jos asiakkaan toimintakyky muuttuu oleellisesti. Aiempi suunnitelma jää päälle. Siltä osalta on muutoksen tarvetta ja asennemuutoksenkin tarvetta. Olisi ihanne, että asiakkaan toimintakyky arvioidaan ja HoPaSua päivitetään, jos asiakkaan tilassa on tapahtunut muutoksia. Toiset päivittää HoPaSua tiuhempaan, se on työntekijäkohtaista.
		Käsitys merkittävistä muutoksista toimintakyvyssä	Kun asiakas tarvitsee turvallisen liikkumisen vuoksi rollaatorin kepin tilalle, se ei ole merkittävä muutos. Jos asiakas on kaatunut ja lyönyt jalkansa ja ei pysty suoriutumaan jostain tietystä asiasta mistä ennen pystyi. Sellainen asia, mikä vaikuttaa yleensä suoraan siihen hoitoon. Jalassa ruusu ... tai haavat. Joku syöpä. Jos esim. siellä on molemmat kädet poikki

*Hoito- ja palvelusuunnitelmasta käytetään lyhennettä HoPaSu myös pelkistetyissä ilmauksissa.

LIITETAULUKKO 2. SUMMAMUUTTUJAN MONIPUOLINEN ARVIOINTI- SISÄLTÖ JA MUUTTUJIEN JAKAUMAT.

Monipuolinen arviointi Summamuuttuja BC		Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Puuttuva tieto	Yhteensä	Cronbachin alfa
Kerään asiakkaan toimintakykyyn liittyvää tietoa haas- tattlemalla asiakasta (B11)	n	866	39	82	15	1002	0,74
	%	86	4	8	2	100	
Kerään asiakkaan toimintakykyyn liittyvää tietoa haas- tattlemalla asiakkaan omaisia/läheisiä (B12)	n	844	57	83	18	1002	
	%	84	6	8	2	100	
Kerään asiakkaan toimintakykyyn liittyvää tietoa ha- vainnoimalla asiakkaan toimintaa (B13)	n	977	7	6	12	1002	
	%	98	1	1	1	100	
Kerään asiakkaan toimintakykyyn liittyvää tietoa eri testien avulla (B14)	n	830	68	74	30	1002	
	%	83	7	7	3	100	
Asiakkaan mielipide huomioidaan kun hänen hoitoansa suunnitellaan (C19)	n	911	31	53	7	1002	
	%	91	3	5	1	100	
Asiakkaan omaisen mielipide huomioidaan kun asiak- kaan hoitoa suunnitellaan (C20)	n	942	26	24	10	1002	
	%	94	3	2	1	100	
Asiakkaan kodin varustus (esim. pesutilat, portaat asunnossa, lämmitystapa) huomioidaan kun hänen hoitoansa suunnitellaan (C21)	n	816	101	56	29	1002	
	%	81	10	6	3	100	
Asiakkaan asuinympäristö (esim. kaupan läheisyys, asuinalueen turvallisuus) huomioidaan kun hänen hoitoansa suunnitellaan (C22)	n	667	175	128	32	1002	
	%	67	18	13	3	100	

**LIITETAULUKKO 3. SUMMAMUUTTUJAN LAADUKAS ARVIOINTI JA HOPASU-SISÄLTÖ JA MUUT-
TUJEN JAKAUMAT.**

Laadukas arviointi ja HoPaSu Summamuuttuja D		Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Puuttuva tieto	Yhteensä	Cronbachin alfa
Tieto asiakkaan toimintakyvystä ei välity asiakkaan mukana hänen siirtyessä uuteen yksikköön (D23*)	n %	565 56	79 8	336 34	22 2	1002 100	0,75
Asiakkaan siirtyessä uuteen yksikköön tieto toiminta- kyvystä ei pidä paikkaansa (D24*)	n %	498 50	123 13	356 36	25 3	1002 100	
HoPaSut eivät ole kaikkien kohdalla ajantasaisia (D25*)	n %	777 78	63 6	130 13	32 3	1002 100	
Jokainen hoitaja (omahoitaja tai vastuuhoitaja) huo- lehtii itse hänelle nimettyjen asiakkaiden HoPaSujen ajantasaisuudesta (D26)	n %	832 83	47 5	98 10	25 3	1002 100	
Yksikössämme joudutaan usein muistuttelemaan hoi- tajia toimintakykyarviointien teosta (D27*)	n %	699 16	116 12	156 70	31 3	1002 100	
Perehdyt asiakkaan tilaan huolellisesti ennen kuin teen toimintakykyarvioinnin (D28)	n %	862 86	62 6	48 5	30 3	1002 100	
En useinkaan ehdi kiireen takia tehdä toimintakykyar- viointia huolellisesti (D29*)	n %	528 53	139 14	303 30	32 3	1002 100	
Toimintakyvyn arviointi on ylimääräistä työtä, koska siitä saatua tietoa ei hyödynnetä päivittäisessä työssä (D30*)	n %	350 35	119 12	504 50	29 3	1002 100	
Tekemäni toimintakyvyn arviointi kuvaa enemmän hoitajan toimintaa kuin asiakkaan tarpeita (D31*)	n %	225 23	187 19	544 54	46 5	1002 100	
HoPaSu perustuu aina asiakkaan toimintakyvyn arvi- ointiin (D32)	n %	809 81	76 8	87 9	30 3	1002 100	
En tarvitse työssäni tietoa asiakkaan toimintakyvystä (D33*)	n %	56 6	45 5	867 87	34 3	1002 100	

* muuttuja käännetty ilmiön kannalta myönteiseksi

LIITETAULUKKO 4. SUMMAMUUTTUJAN ARVIOINNIN ULKOISET PERUSTEET - SISÄLTÖ JA MUUTTUJIEN JAKAUMAT.

Arvioinnin ulkoiset perusteet Summamuuttuja E1		Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Puuttuva tieto	Yhteensä	Cronbachin alfa
Toimintakykyarviointi tehdään kun/ koska hallinto tarvitsee tietoja (E40*)	n	594	139	228	41	1002	0,69
	%	59	14	23	4	100	
Toimintakykyarviointi tehdään kun/ koska esimies määrää (E41*)	n	499	147	315	41	1002	
	%	50	15	31	4	100	
Toimintakykyarviointi tehdään kun/ koska arviointiin käytettävä ohjelma ilmoittaa, että tarvitaan uusi arviointi (E44*)	n	381	199	362	60	1002	
	%	38	20	36	6	100	
Toimintakykyarviointi tehdään kun/ koska: 45. kansli- an seinälle merkityssä listassa lukee, että arviointi pitää tehdä (E45*)	n	546	131	271	54	1002	0,69
	%	55	13	27	5	100	

* muuttuja käännetty ilmiön kannalta myönteiseksi

LIITETAULUKKO 5. SUMMAMUUTTUJAN ASIAKKAAN/OMAISEN ALOITTEESTA TEHTY ARVIOINTI - SISÄLTÖ JA MUUTTUJIEN JAKAUMAT.

Asiakkaan/ omaisen aloitteesta tehty arviointi Summamuuttuja E2		Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Puuttuva tieto	Yhteensä	Cronbachin alfa
Toimintakykyarviointi tehdään kun/ koska omainen pyytää (E42)	n	391	189	374	48	1002	0,84
	%	39	19	37	5	100	
Toimintakykyarviointi tehdään kun/ koska asiakas pyytää (E43)	n	336	176	438	52	1002	
	%	34	18	44	5	100	

LIITETAULUKKO 6. SUMMAMUUTTUJAN KIRJAAMISEN JA RAPORTOINTI- SISÄLTÖ JA MUUTTUJEN JAKAUMAT.

Kirjaaminen ja raportointi Summamuuttuja F		Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Puuttuva tieto	Yhteensä	Cronbachin alfa
Kirjaan asiakkaan hoitokertomukseen vain ne asiat, jotka EIVÄT TOTEUDU HoPaSun mukaisesti (F48)*	n	167	122	662	51	1002	0,70
	%	17	12	66	5	100	
Kirjaaminen liittyy lähinnä erilaisten tuloksien (esim. verensokerin tai verenpaine lukemien) kirjaamiseen (F51)*	n	378	95	475	54	1002	
	%	38	10	47	5	100	
Kaikki olennainen työvuorossa tapahtunut kirjataan yksikön viestivihkoon (F52)*	n	315	126	508	53	1002	
	%	31	13	51	5	100	
Asiakkaan hoitaminen perustuu pääasiassa asiakkaan kotona olevaan viestivihkoon kirjoitettuihin viesteihin (F55)*	n	102	248	570	82	1002	
	%	10	25	57	8	100	
Asiakkaan hoitaminen perustuu pääasiassa edellisen vuoron hoitajan antamaan suulliseen raporttiin (F56)*	n	454	122	369	57	1002	
	%	45	12	37	6	100	
Asiakkaan hoitaminen perustuu pääasiassa yksikön viestivihkoon kirjoitettuihin viesteihin (F57)*	n	151	191	577	83	1002	
	%	15	19	58	8	100	
En ehdi katsoa asiakkaan tietoja hoitokertomuksesta ennen kuin lähden asiakaskäynnille (F58)*	n	365	208	353	76	1002	
	%	36	21	35	8	100	
En ehdi lukea yksikön viestivihkoa ennen kuin lähden asiakaskäynnille (F59)*	n	153	286	479	84	1002	
	%	15	29	48	8	100	
En ehdi lukea asiakkaan kotona olevaa viestivihkoa ennen kuin hoidan asiakasta (F60)*	n	98	306	517	81	1002	
	%	10	31	52	8	100	

* muuttuja käännetty ilmiön kannalta myönteiseksi

LIITETAULUKKO 7. SUMMAMUUTTUJAN SUUNNITELLUN HOIDON TOTEUTUMINEN- SISÄLTÖ JA MUUTTUJIEN JAKAUMAT.

Suunnitellun hoidon toteutuminen Summamuuttuja G		Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Puuttuva tieto	Yhteensä	Cronbachin alfa
Päivittäinen hoidon toteutus ei vastaa aina HoPaSua (RG68*)	n	647	115	172	68	1002	0,64
	%	65	12	17	7	100	
Päivittäinen hoidon toteutus ei vastaa aina palveljen myöntämisestä tehtyä päätöstä (LRG69*)	n	483	236	201	82	1002	
	%	48	24	20	8	100	

* muuttuja käännetty ilmiön kannalta myönteiseksi

LIITETAULUKKO 8. MUUTTUJIEN SUORAT JAKAUMAT.

Muuttuja Summamuuttujissa mukana olevat muuttujat on esitetty Liitetaulukoissa 2-7		Samaa mieltä	Ei sa- maa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Puuttuva tieto	Yhteensä
B15 Kaikkia osa-alueita arvioidaan tasapuolisesti	n	746	49	199	8	1002
	%	75	5	20	1	100
E46 Toimintakykyarviointi tehdään kun/ koska asiakkaan toimintakyvyssä on tapahtunut muutoksia	n	902	29	34	37	1002
	%	90	3	3	4	100
F49 Yksikössämme on ohje, jonka mukaan asiakkaasta kirjataan vähintään kerran viikossa	n	335	88	530	49	1002
	%	33	9	53	5	100
F50 Kirjaan HoPaSun toteutumisen arvioinnin hoitokertomukseen jokaisessa työvuorossa	n	462	93	391	56	1002
	%	46	9	39	6	100
F53 Asiakkaan kotona toteutuneet asiat kirjataan asiakkaan kotona olevaan viestivihkoon	n	326	258	326	92	1002
	%	33	26	33	9	100
F54 Luen asiakkaasta hoitokertomukseen tehdyt kirjaukset päivittäin ennen kuin hoidan häntä	n	500	100	350	52	1002
	%	50	10	35	5	100
G66 Toteutan työni asiakkaan luona vain havainnointiini perusteella	n	236	180	513	73	1002
	%	24	18	51	7	100
G67 HoPaSu on päivittäiseen käyttöön tarkoitettu työväline	n	781	76	89	56	1002
	%	78	8	9	6	100
G70 Tieto asiakkaan toimintakyvystä on selkeästi näkyvillä hoito- ja palvelusuunnitelmassa	n	737	80	134	51	1002
	%	74	8	13	5	100
G71 Asiakkaan yksilöllisen hoidon toteuttaminen riippuu hoitajasta	n	723	81	138	60	1002
	%	72	8	14	6	100
G72 Mielestäni hyvää hoitoa on se, että kannustetaan asiakasta tekemään itse mahdollisimman paljon toimintakykynsä mukaan	n	940	15	5	42	1002
	%	94	2	1	4	100
G73 Käyntiajat asiakkaan luona ovat liian lyhyitä, jotta ehtisin tukea asiakasta suoriutumaan itsenäisesti päivittäisistä toimista	n	631	136	169	66	1002
	%	63	14	17	66	159

Liitetaulukko 8 jatkuu

Muuttuja							
B16 Jos olet sitä mieltä, ettei kaikkia osa-alueita arvioida tasapuolisesti, mikä alue painottuu eniten?		fyysinen	psykki- nen	sosiaali- nen	kognitiivi- nen	puuttuva tieto	yhteensä
	n	574	62	32	40	294	1002
	%	57	6	3	4	29	100
B17 Jos olet sitä mieltä, ettei kaikkia osa-alueita arvioida tasapuolisesti, jääkö jokin alue arvioimatta kokonaan? Jos jää, mikä osa-alue se on?	n	15	123	209	123	532	1002
	%	2	12	21	12	53	100

B18 Kuka vastaa ensisijaisesti yksittäisen asiakkaan toimintakyky- arvioinnin tekemisestä?	n	Yhteensä					
		asiakkaal- le nimeyty- vastaanhoi- taja	tiimi/ työpari	tiimin vas- tuunhoitaja	osaston- hoitaja/ palveluoh- jaaja / jo- ku muu	puuttuva tieto	Yhteensä
		482	439	27	41	13	1002
	%	48	44	3	4	1	100

		Arviointi	HoPaSu	Yhtä aikaa	En osaa sanoa	puuttuva tieto	Yhteensä
D34 Mikä asiakkaalle tehdään ajallisesti ensin, toimintakyvyn arviointi vai hoito- ja palvelusuunnitelma?							
	n	415	363	146	58	20	1002
	%	41	36	15	6	2	100

LIITETAULUKKO 9. VASTAAJIEN TAUSTATIEDOT 1.

	Helsinki-Uusimaa		Etelä-Suomi		Länsi-Suomi		Pohjois- ja Itä-Suomi		Yhteensä	
Sukupuoli	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
naiset	140	15	318	33	260	27	239	25	957	100
miehet	5	16	9	29	6	19	11	36	31	100
yhteensä	145	15	327	33	266	27	250	25	988	100
Ikäryhmä*										
≤ 30-vuotiaat	17	12	51	36	48	34	26	18	142	100
31–49-vuotiaat	54	13	148	36	110	27	101	25	413	100
≥ 50-vuotiaat	74	17	128	30	108	25	123	28	433	100
yhteensä	145	15	327	33	266	27	250	25	988	100
Ammattiryhmä***										
kotiavustajat	2	4	20	42	19	40	7	15	48	100
lähi-/perushoitajat	80	13	215	35	172	28	143	23	610	100
sairaanhoidon-/terveydenhoitajat	36	16	70	32	55	25	61	28	222	100
palveluohjaajat	13	35	5	14	2	5	17	46	37	100
johtajat	12	19	15	23	17	26	21	32	65	100
yhteensä	143	15	325	33	265	27	249	25	982	100
Toimii vastuuhoidtajana ***										
kyllä	87	12	237	34	199	28	177	25	700	100
ei	58	21	88	31	65	23	69	25	280	100
yhteensä	145	15	325	33	264	27	246	25	980	100
Työyksikkö***										
asiakkaan koti/palvelutalo	77	17	121	27	138	30	118	26	454	100
tehostettu palvelutalo	52	12	181	43	98	23	89	21	420	100
laitoshoidon	12	15	14	17	27	33	29	35	82	100
asiakkaiden ohjaus- tai muu työyksikkö	0	0	7	35	0	0	13	65	20	100
yhteensä	141	14	323	33	263	27	249	26	976	100
Käytetty toimintakyvyn arviointimenetelmä***										
kaupungin oma mittari	0	0	0	0	33	100	0	0	33	100
RAI- arviointijärjestelmä	135	32	86	20	124	29	80	19	425	100
RAVA-mittari	9	2	229	46	91	18	165	33	494	100
Muu arviointimenetelmä (Barthel, FIM, ICF)	1	3	12	33	18	50	5	14	36	100
yhteensä	145	15	327	33	266	27	250	25	988	100

LIITETAULUKKO 10. VASTAAJIEN TAUSTATIEDOT 2.

Keskimääräinen ikä työnantajatyypeittäin					
Työnantaja ***	k.a	N	SD	nuorin	vanhin
julkinen organisaatio	46,06	907	11,4	19	66
yksityinen organisaatio	40,17	90	11,726	21	60
yhteensä	45,52	997	11,567	19	66
Keskimääräinen ikä ammattiryhmittäin					
Ammattiryhmä ***	k.a	N	SD	nuorin	vanhin
kotiavustajat	54,35	49	8,599	19	65
lähihoitajat	44,39	617	12,045	19	64
sairaanhoitajat	43,97	225	10,241	24	63
palveluohjaajat	49,32	37	10,047	31	65
johtajat	51,75	67	8,318	32	66
yhteensä	45,46	995	11,563	19	66
Keskimääräinen työkokemusvuosina nykyisessä ammatissa ammattiryhmittäin					
Ammattiryhmä ***	k.a	N	SD	min.	maks.
kotiavustajat	26	49	6,713	7	40
lähihoitajat	13	615	9,719	1	40
sairaanhoitajat	12	225	8,688	1	35
palveluohjaajat	12	37	11,216	1	42
johtajat	14	66	11,731	1	40
yhteensä	13	992	9,978	1	42

LIITETAULUKKO 11. ARVIOINTIOSAAMINEN ARVIOINTIMENETELMITTÄIN

Arviointiosaaminen ***	Minut on koulutettu mittarin käyttöön ja osaan arvioida toimintakykyä luotettavasti		Minut on koulutettu mittarin käyttöön mutta osaamisessani olisi parantamisen varaa		Minua ei ole koulutettu mittarin käyttöön		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mittari								
RAI- arviointijärjestelmä	176	42	191	45	57	13	424	100
RAVA-mittari	284	57	86	17	128	26	498	100
kaupungin oma toimintakykykartoitus	16	55	1	3	12	41	29	100
Muu arviointimenetelmä	15	43	5	14	15	43	35	100
Yhteensä	491	50	283	29	212	22	986	100

LIITETAULUKKO 12. ARVIOINNIN PÄÄSIALLINEN TEKIJÄ ARVIOINTIMENETELMITTÄIN.

Arvioinnin pääsiällinen tekijä***	Asiakkaalle nimetty vastuuhoitaja		Tiimi/ työpari		Tiimin vastuuhoitaja		osastonhoitaja / palveluohjaaja /joku muu		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mittari										
RAI- arviointijärjestelmä	266	63	139	33	10	2	6	1	421	100
RAVA-mittari	189	38	268	54	15	3	28	6	500	100
Muu arviointimenetelmä/ kaupungin oma toimintakykykartoitus	27	40	32	47	2	3	7	10	68	100
Yhteensä	482	49	439	44	27	3	41	4	989	100

LIITETAULUKKO 13. TOIMINTAKYKYARVIOINTIEN JA HO- PASUJEN LAADINNAN AIKAVÄLIT

Arviointiväline		D 35. tilannetta tarkkaillaan ennen kuin tehdään uusi arviointi (vkoa)	D 36. HoPaSu tarkistetaan (vkoa)	D 37. tehdään uusi arviointi (kk) ** p=0,006	D 38. HoPaSu tarkistetaan (kk) * p=0,03
RAI- arviointijärjestelmä	k.a.	4	4	6	6
	n	404	406	407	404
	SD	3,229	3,624	1,775	2,594
	min.	1 vko	1 vko	1 kk tai <	1 kk tai <
	maks.	13 vkoa tai >	13 vkoa tai >	12 kk tai >	12 kk tai >
	s ²	10,429	13,135	3,150	6,730
RAVA-mittari	k.a.	4	4	6	6
	n	476	472	478	475
	SD	3,407	3,902	3,589	3,429
	min.	1 vko	1 vko	1 kk tai <	1 kk tai <
	maks.	13 vkoa tai >	13 vkoa tai >	12 kk tai >	12 kk tai >
	s ²	11,605	15,222	12,880	11,760
Muu arviointimenetelmä tai kaupungin oma toimintakykykar-toitus	k.a.	4	5	7	7
	n	64	63	65	63
	SD	3,232	4,097	3,275	3,082
	min.	1 vko	1 vko	1 kk tai <	1 kk tai <
	maks.	13 vkoa tai >	13 vkoa tai >	12 kk tai >	12 kk tai >
	s ²	10,444	16,788	10,725	9,501
Yhteensä	k.a.	4	4	6	6
	n	944	941	950	942
	SD	3,317	3,804	2,939	3,083
	min.	1 vko	1 vko	1 kk tai <	1 kk tai <
	maks.	13 vkoa tai >	13 vkoa tai >	12 kk tai >	12 kk tai >
	s ²	11,004	14,473	8,638	9,503

LIISA KLEMOLA

Ikäihmisen palvelun tulee perustua hänen toimintakykyynsä ja yksilöllisiin tarpeisiinsa. Onkin tärkeää, että toimintakykyä arvioidaan säännöllisesti tarkoitukseen sopivalla arviointimenetelmällä ja tietoa hyödynnetään hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa. Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia ikäihmisten toimintakykyyn liittyvää tiedonhallintaa. Tutkimuksen tulosten avulla kehitettiin ikäihmisten palvelujen tiedonhallinnan malli, jota voidaan hyödyntää ikäihmisten palvelujen kehittämisessä.



UNIVERSITY OF
EASTERN FINLAND

uef.fi

**PUBLICATIONS OF
THE UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND**
Dissertations in Social Sciences and Business Studies

ISBN 978-952-61-2007-2
ISSN 1798-5749